Hunt. Soc.
£15 / 18A1

Digitized by the Internet Archive
in 2017 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b29004329

ANATOMIE

PATHOLOGIQUE

DES ORGANES LES PLUS IMPORTANS

DU CORPS HUMAIN;

PAR MATHIEU BAILLIE, M. D. M. S. R. L. ET C.,

MÉDECIN CONSULTANT DU ROI, MEMBRE DU COLLÉGE ROYAL DE MÉDECINE DE LONDRES, ET MEMBRE DU COLLÉGE ROYAL DE MÉDECINE D'ÉDIMBOURG; QUATRIÈME ÉDITION.

OUVRAGE TRADUIT DE L'ANGLAIS, ET ENRICHI DE NOTES ET DE PLANCHES,

PAR M. GUERBOIS,

Ex-Chirurgien de première classe des Armées françaises en Italie, ex-Professeur de chirurgie à l'Hôtel-Dieu de Rheims, Chirurgien en chef de l'hôpital Cochin et du Collége royal de Louis-le-Grand, Membre du Comité central de Vaccine et de plusieurs sociétés savantes.

Ἡ δὲ τέχνη μακρή.

A PARIS,

CHEZ { L'AUTEUR, au Collége, rue Saint-Jacques, N°. 123;
CROCHARD, Libraire, Cloître-Saint-Benoît, N°. 16.

HUNTERIAN SOCIETY

A MESSIEURS LES ÉLÈVES

EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

MESSIEURS,

C'est à vous particulièrement que j'offre le fruit de mes veilles et de mes observations. Puisse ce travail vous être de quelqu'utilité pour guider vos pas dans la carrière longue et pénible que vous devez parcourir. Puisse-t-il vous aider à vaincre les difficul-

tés nombreuses que vous trouverez sur la route. Puisse-t-il surtout vous apprendre à écarter ces théories brillantes et hardies, ces systêmes pompeux et erronés qui, faisant le procès des siècles passés, détruisent les idées reçues pour être détruits à leur tour.

Accoutumez-vous de bonne heure à préciser les faits et à porter l'analyse la plus rigoureuse dans l'examen des phénomènes soumis à votre observation; réduisez toujours la définition de la maladie à sa plus simple expression, afin qu'au lit du malade, comme à l'autopsie, votre jugement soit confirmé par des résultats fixes et invariables.

Mais comment parviendrez-vous à posséder cet tact exquis, ce jugement sûr, cette conviction

intime si nécessaire pour déterminer le traitement convenable à telle ou telle affection? C'est par l'étude de l'anatomie pathologique, qui seule porte le flambeau de la vérité dans les actes de la nature et dans l'utilité des méthodes de traitement adoptées par l'art. C'est cette même étude qui vous conduit à établir sur une base solide un corps de doctrine invariable comme la marche de cette nature si souvent admirable dans ses efforts et dans ses ressources.

C'est enfin par cette étude que vous deviendrez les dignes élèves des célèbres professeurs dont les savantes leçons contribueront à faire de chacun de vous des praticiens habiles et toujours prêts à braver les fatigues, les peines et les dangers quand il s'agira de

soulager la douleur ou de combattre les fléaux destructeurs de l'humanité.

Daignez agréer, Messieurs, ce faible résultat de mes travaux, comme un engagement à lui donner par la suite tout le développement que je pourrai lui assurer.

Daignez agréer en même temps, l'expression des sentimens d'estime et de dévouement avec lesquels j'ai l'honneur de vous saluer,

GUERBOIS.

PRÉFACE
DU TRADUCTEUR.

C'est sur-tout celui qui s'occupe plus spécialement de cette branche de l'art de guérir connue sous le nom d'anatomie pathologique, qui peut répéter avec *Hippocrate :* Η δε τεχνη μακρη. *Mais l'art est long.* En effet, cette science, qui ne peut être que le résultat d'observations multipliées et rédigées avec méthode, est loin de posséder tous les matériaux qui doivent en faire un jour un corps de doctrine complet. Une infinité de causes a dû en retarder les progrès. D'un côté, que de faits perdus sans avoir même été aperçus ; de l'autre, combien de faits observés isolément pour être bientôt plongés dans un éternel oubli. Là, je ne vois que des histoires de maladies tronquées ou mutilées ; ici les affections organiques ont été observées par un œil prévenu et engagé

déja dans le chemin de l'erreur ; tantôt une incurie coupable laisse échapper les occasions les plus précieuses ; tantôt les familles ou les autorités élèvent des obstacles insurmontables. Si, à ces entraves multipliées, vous ajoutez l'extrême difficulté qu'éprouve un grand nombre de praticiens pour consulter les sources dans lesquelles ils pourraient puiser les documens nécessaires à la direction de leurs efforts et de leurs travaux, il sera facile d'indiquer les moyens de rendre moins lente et moins pénible la marche d'une science qui doit produire à son tour, tant et de si grands résultats.

Baillie, en concevant le plan de son ouvrage, avait deviné d'avance tout l'intérêt que présenterait un tableau analytique des phénomènes qui appartiennent à l'anatomie pathologique. Cet ouvrage, contenu dans un seul volume, peut se trouver constamment entre les mains des élèves qui se familiariseront de bonne heure avec la connaissance de ces diffé-

rens phénomènes : quoique loin de la perfection à laquelle il arrivera quand on aura multiplié les recherches et réuni les faits nouveaux qui se présenteront à l'observation des praticiens laborieux et animés du desir de reculer les bornes de la science, il sera d'une grande utilité pour ceux qui étudient ou exercent l'art de guérir.

L'anatomie pathologique est cette science qui consiste essentiellement dans l'étude et la connaissance des affections organiques, et des altérations de tissus ; or ces différentes affections, qu'il ne faut pas confondre avec les phénomènes purement et simplement cadavériques, sont déterminées par un grand nombre de causes parmi lesquelles les unes sont héréditaires, les autres acquises : quelques-unes sont externes, d'autres sont internes ; elles dépendent, pour la plupart, des localités, du régime, des habitudes, des occupations journalières et des maladies antécédentes ; enfin, on remarque que plusieurs

de ces lésions sont presque constamment le produit de l'âge avancé.

C'est sur-tout dans une ville populeuse comme Paris, qu'il est facile de se convaincre de la vérité de ces principes : c'est particulièrement dans les hôpitaux que l'on peut constater, d'une manière exacte et précise, la nature, l'étendue et la profondeur de ces lésions. Aussi avec quel intérêt, avec quelle avidité seront consultés un jour ces registres destinés à contenir l'histoire des maladies les plus graves, accueillies dans les asyles toujours ouverts à la douleur. Ces registres, dont l'idée et la disposition sont attribuées à un homme dont la mémoire sera long-temps chère aux élèves qu'il honorait de son amitié, prouveront de plus en plus que M. *Thouret* réunissait à un haut degré les qualités qui constituent le véritable administrateur : esprit fin, sagacité exquise, jugement sûr, activité infatigable, persévérance réfléchie ; telle fut l'heureuse et rare organisation à laquelle M. *Thouret* dut

l'honneur d'être appelé au Conseil-général d'administration des hôpitaux. Ses dignes et honorables collègues diront comment il remplissait les fonctions qui lui étaient départies. S'élevant au-dessus des obstacles, il touchait toujours le but qu'il devait atteindre. Il était bien convaincu que le seul moyen de faire disparaître toutes les fausses théories, tous les systêmes erronés, était de présenter une masse de faits clairement exposés. Or, est-il, je le demande, un moyen plus direct d'arriver à ce but, que de recueillir scrupuleusement les phénomènes qui accompagnent les différentes affections traitées dans les hôpitaux ? C'est au lit du malade, c'est à l'ouverture du cadavre, que l'ardente imagination se tait pour faire place à la froide raison : c'est à l'autopsie que l'erreur fuit devant la vérité ; et c'est en réunissant avec ordre des vérités nombreuses, que l'art de guérir élevera un monument durable. C'est sur ces tables indestructibles, que les élèves et

les maîtres verront tracée en caractères ineffaçables la conduite qu'ils devront tenir. C'est alors seulement que l'anatomie pathologique pourra surprendre et dévoiler les secrets de la nature. Puisse cette époque n'être pas éloignée de nous ! puisse l'ouvrage que je publie aujourd'hui contribuer un peu à l'avancement de la science ! En y travaillant, j'étais sur-tout animé par le desir de rendre l'instruction des élèves plus facile ; je voudrais pouvoir faire disparaître une partie des difficultés qu'ils rencontreront dans notre carrière. Pour diminuer l'aridité du sujet, et augmenter l'intérêt qu'il doit inspirer, je l'ai enrichi de notes qui sont extraites de faits constans et précis ; j'ai ajouté à quelques chapitres des planches destinées à compléter l'histoire de ces mêmes faits. J'ai puisé dans la belle et riche collection de l'Ecole de Médecine, des matériaux qui m'ont été très-utiles pour représenter toutes les espèces de calculs développés dans les différens points de l'appareil urinaire.

On trouvera aux pages *xxix* et *xxx* l'explication des différentes planches dont j'aurais pu augmenter le nombre, mais je voulais avant tout rendre très-portatif cet ouvrage, qui en Angleterre a été imprimé en 1812 pour la quatrième fois. On verra dans la préface de l'auteur, que la première édition a été traduite en allemand, et accompagnée d'un grand nombre de notes, par le professeur *Sœmmerring;* on verra aussi que la seconde édition a été traduite en français pendant l'année 1803, par le docteur *Ferall.* Cette traduction a été publiée sans aucunes notes, et pourtant il est assez difficile de se la procurer aujourd'hui. La célébrité de l'ouvrage de *Baillie*, et le nombre de ses éditions prouvent évidemment tout le prix que le public attache à la méthode que ce praticien a suivie. Si la nouvelle traduction de cet ouvrage est accueillie favorablement par ceux qui desirent cultiver ou poursuivre avec succès l'étude ou la pratique des sciences médicales, j'aurai

touché le but auquel tendaient mes efforts, et recueilli le plus doux fruit de mon travail.

PRÉFACE

DE LA PREMIÈRE ÉDITION.

Quelques maladies sont le résultat d'un travail pathologique qui ne produit aucune altération dans le tissu de nos organes, et n'exigent, par conséquent, aucune recherche après la mort; mais il est d'autres affections qui altèrent plus ou moins ce tissu, qui devient alors le sujet particulier de notre étude.

L'objet de cet ouvrage est d'analyser avec plus de détails qu'on ne l'a fait jusqu'ici ces lésions organiques observées dans les viscères les plus importans du corps humain.

J'espère qu'il sera utile à la médecine théorique, et sur-tout à la médecine-pratique. Quoique la connaissance de ces lésions déterminées par un travail pathologique, ne fournisse pas toujours sur ce même travail des données bien concluantes, elle est néanmoins la seule base à l'aide de laquelle nous puissions établir nos recherches avec le plus de succès. A mesure que nous connaîtrons mieux les changemens opérés dans le tissu de nos organes par une série

d'actes pathologiques, nous arriverons lentement, il est vrai, mais progressivement, à la découverte de la nature et des modifications de ces différens actes. Le sujet en lui-même offre de très-grandes difficultés, parce que les mouvemens pathologiques s'opèrent dans les molécules les plus tenues de nos organes et hors de nos moyens d'observation; mais toujours est-il vrai qu'un examen scrupuleux du tissu altéré est le moyen le plus sûr d'éclairer la marche de la nature soumise à une influence pathologique?

Le second avantage que nous devons retirer de cet examen, c'est de pouvoir établir des distinctions entre des changemens qui ont tant de points de ressemblance et qui ont été jusqu'ici confondus. Enfin, ce sera, grace à lui, que nous porterons une attention plus exercée sur les différens symptômes qui se manifestent pendant la marche des maladies dont nous saisirons alors le caractère avec plus de sagacité; quand nous aurons obtenu ces différens résultats, ils nous conduiront probablement à une thérapeutique plus méthodique.

Un autre avantage que nous assurera cet examen plus attentif des altérations de tissu, c'est que nous découvrirons plus promptement les altérations de cette espèce peu ou point con-

nues; cet examen, en nous aidant encore à approfondir davantage l'étude des maladies, nous fournira la facilité d'agrandir le domaine de nos connaissances pathologiques, et peut-être même celui de nos moyens thérapeutiques.

Un quatrième avantage, résultat nécessaire de l'observation exacte de ces altérations de tissu, sera de corriger les théories élevées avec précipitation. L'esprit humain est toujours prêt à se former une idée sur les objets qui lui sont présentés; mais une indolence naturelle l'empêche souvent de rechercher les circonstances qui, seules, pourraient servir de base à cette opinion. Telle est la source principale des fausses idées conçues, je ne dis pas seulement en médecine, mais encore dans toutes les autres branches de nos connaissances. Quand néanmoins les faits observés ne sont point d'accord avec de telles idées, il est évident que ces opinions sont mal fondées et qu'il faut les abandonner. Il existe, il faut l'avouer, des hommes auxquels un tel sacrifice est impossible; mais cette comparaison des faits et des opinions n'en est pas moins le plus sûr moyen de conduire à la vérité ceux qui ne veulent point rester attachés en aveugles à leurs préjugés.

Si celui qui, quoique familier avec les symptômes des maladies, ne connaît pas les diffé-

rentes espèces de ces affections, trouve dans les autopsies quelques-uns des phénomènes que j'ai décrits, il mesurera l'étendue de ces lésions; non-seulement il marchera d'un pas assuré dans une carrière aussi difficile, mais il pourra servir de guide et perfectionner peut-être les méthodes curatives.

Les personnes accoutumées à apprécier les phénomènes pathologiques, feront les autopsies avec plus de discernement, et jugeront avec plus d'exactitude des rapports des symptômes avec les lésions organiques. Elles exposeront d'une manière plus claire les détails de leurs observations, qui deviendront alors une base sur laquelle il sera possible d'établir un raisonnement solide.

La structure des divers organes du corps humain a été examinée avec tant de soin, que l'on peut dire que l'anatomie est arrivée à son plus haut degré de perfection; mais la connaissance des changemens de tissu produits par les maladies, cette branche des sciences médicales désignée sous le nom d'*anatomie pathologique*, laisse encore apercevoir un grand nombre de lacunes. Ces altérations ont souvent été observées avec leurs phénomènes les plus ordinaires, et ces observations ne sont pas accompagnées des détails qu'on pourrait désirer.

J'ai lu un grand nombre d'ouvrages destinés à faire connaître les altérations de tissu produites par un état pathologique. Ils diffèrent tous dans leur plan de celui que j'offre aujourd'hui au public. En effet, les uns sont des écrits périodiques qui renferment, sans aucun ordre, des détails plus ou moins intéressans sur des maladies et sur des préparations anatomiques. Les autres sont des collections volumineuses et très-étendues, dans lesquelles les faits sont disposés, selon une certaine méthode. Dans la plupart des écrits périodiques, les explications établies pour rendre compte des différentes espèces de lésions organiques, sont exposées souvent avec une clarté satisfaisante; mais dans les grands ouvrages, ces descriptions sont trop générales. L'histoire des principaux phénomènes pathologiques a été aussi quelquefois obscurcie par la réunion de circonstances peu importantes, qui n'ont aucun point de contact avec les maladies auxquelles on a voulu les lier. Ces deux défauts ne se présentent que trop fréquemment; on les trouve même dans l'admirable ouvrage de *Morgagni*, intitulé : *De Sedibus et causis morborum*. Outre ces inconvéniens, le volume considérable de ces immenses collections met souvent les praticiens dans l'impossibilité de se les procurer, et, par conséquent, de les consulter.

Je me suis proposé dans cet ouvrage, non de réunir un grand nombre de faits, mais seulement d'insister sur les changemens produits par les maladies dans le tissu des organes du thorax, de l'abdomen, de la génération dans les deux sexes, et du cerveau. Mon plan sera distribué selon l'ordre anatomique que je suivrais si je voulais décrire la structure naturelle de nos organes; j'y joindrai des observations sur les actes pathologiques qui peuvent se manifester; j'ai plus qu'un autre été à même d'examiner des affections organiques. Le cabinet du docteur *Hunter*, enrichi d'un très-grand nombre de phénomènes pathologiques, était à ma disposition; médecin d'un grand hôpital, et livré à l'enseignement de l'anatomie, j'ai souvent trouvé dans les cadavres de semblables affections. Aussi cet ouvrage contiendra principalement le détail des phénomènes pathologiques que j'ai vus moi-même; j'ai dû néanmoins profiter aussi des observations des autres. A l'histoire des faits les plus ordinaires, j'ai voulu réunir celle des phénomènes plus rares qui peuvent avoir leur siège dans les organes les plus importans du corps humain. Ce travail, par son essence, ne peut se perfectionner que progressivement; des phénomènes encore ignorés aujourd'hui, seront mis un jour en évidence, et

ceux que l'on connaît peu seront plus approfondis.

Quoique je ne craigne pas d'offrir cet ouvrage au public, je ne me dissimule point ses imperfections. Parmi les phénomènes que j'ai signalés, il en est quelques-uns que je n'ai vus qu'une seule fois, circonstance qui peut faire supposer que je les ai décrits avec moins d'exactitude que si je les avais rencontrés plus souvent. Il en est d'autres que j'ai observés long-temps avant d'avoir conçu le plan de cet ouvrage; on peut croire que ces derniers, ayant moins piqué ma curiosité, n'ont pas été examinés avec tout le soin qu'ils méritaient. Enfin, il en est d'autres que j'ai vus seulement sur des pièces anatomiques. On m'accusera peut-être, dans ce cas, d'avoir laissé échapper des circonstances ou des nuances qu'il n'était possible de saisir qu'au moment même de l'autopsie. Toutes ces considérations sont autant de sources d'inexactitude qu'il était difficile d'éviter : j'ai néanmoins suivi avec le plus grand soin la rédaction de cet ouvrage; et si le public daigne approuver mes efforts, en répétant mes observations et en ajoutant de nouveaux matériaux à ce travail, je tâcherai de la rendre plus digne d'un suffrage auquel j'attache tant de prix.

PRÉFACE

DE LA SECONDE ÉDITION.

J'OFFRE aujourd'hui au public la seconde édition de cet ouvrage, auquel j'ai fait de nombreuses additions afin de le rendre plus correct. J'ai puisé des additions et dans des observations que j'ai faites moi-même, et dans des obvations qui me sont étrangères. J'ai sur-tout emprunté l'assistance du docteur *Sœmmerring*, professeur à l'Université de Mayence, l'un des anatomistes les plus distingués de l'Allemagne. Ce professeur célèbre a lu avec tant d'intérêt la première édition de mon anatomie pathologique qu'il l'a traduite en allemand : il a même ajouté à sa traduction plusieurs faits nouveaux et un très-grand nombre de notes. J'ai remarqué avec une grande satisfaction que nos observations et nos opinions offraient un accord parfait. Si mon ouvrage présentait une autre distribution que celle que j'ai cru devoir lui donner, j'aurais pu retirer de grands avantages des belles et précieuses découvertes du docteur *Sœmmerring*. Mais plusieurs de ces additions s'éloigneraient du plan de mon travail.

J'ai tâché de réunir aux phénomènes pathologiques les symptômes qui en dépendent. Cette entreprise, hérissée des plus grandes difficultés, a besoin de toute l'indulgence du public. Si jamais cet ouvrage peut obtenir une troisième édition, j'espère compléter l'histoire de ces symptômes.

Les difficultés attachées à la description des symptômes, reconnaissent plusieurs sources : d'abord les mêmes symptômes ne sont pas toujours uniformément liés avec les mêmes altérations pathologiques ; dans quelques cas, les symptômes offrent de l'analogie malgré la différence de ces altérations. C'est sur-tout dans les affections du cerveau et du cœur qu'on peut observer ces particularités. Les malades, d'ailleurs, rendent souvent un compte très-imparfait des douleurs qu'ils éprouvent ; cet inconvénient dépend tantôt de l'insuffisance du langage vulgaire, tantôt des opinions fausses et anticipées que ces mêmes malades ont pu concevoir sur leur état. Des praticiens, en examinant les symptômes des maladies, posent quelquefois leurs questions sans ordre ou même avec une espèce de prévention, de manière à entraîner le malade dans des descriptions erronées ; mais ces descriptions s'accordent avec l'opinion que ces praticiens s'étaient hâtés d'établir sur la nature

de l'affection soumise à leur examen. Toutes ces circonstances sont autant d'entraves qui arrêtent la marche de la science des symptômes; mais des observations multipliées finiront par faire disparaître ces entraves.

En décrivant les symptômes des maladies, j'ai négligé les détails minutieux dont la relation ne peut appartenir qu'à un écrivain qui se propose d'envisager, sous tous ses rapports, une maladie en particulier. J'ai indiqué les symptômes les plus constans, les symptômes essentiellement pathognomoniques.

J'ai décrit aussi plusieurs phénomènes pathologiques sans parler des symptômes correspondans à ces mêmes phénomènes; d'abord, parce que certaines altérations de tissu n'ont point de symptômes qui leur correspondent d'une manière évidente; ensuite parce que ces altérations dépendantes quelquefois de causes qui déterminent si peu de trouble dans l'économie animale, sont accompagnées de symptômes si faiblement marqués qu'ils échappent à nos recherches; enfin, parce que les symptômes, qui appartiennent à plusieurs phénomènes pathologiques, sont si faciles à saisir par la vue et le toucher qu'ils sont renfermés dans la description seule de ces phénomènes, circonstance qui rend tout autre détail superflu.

L'histoire des symptômes est placée à la fin de chaque chapitre, après la description des phénomènes pathologiques, afin que la division anatomique de l'ouvrage ne soit pas interrompue; ce n'est que très-rarement que j'ai réuni immédiatement l'histoire des symptômes à la description des phénomènes pathologiques. Je me suis déterminé à suivre cette marche toutes les fois qu'un trop petit nombre de symptômes connus jusqu'ici ne m'a pas paru mériter une description particulière.

Aux phénomènes pathologiques qui devaient m'occuper particulièrement, j'ai ajouté quelques cas de vices de conformation qui n'entraient pas rigoureusement dans le plan de mon ouvrage; c'est, pour cette raison, que je n'en ai rapporté qu'un petit nombre dignes d'intéresser le lecteur, et que j'ai eu l'occasion d'observer, pour la plupart, de mes propres yeux.

AVERTISSEMENT

SUR LA TROISIÈME ÉDITION.

Livré depuis sept ans à une pratique tellement étendue, qu'elle m'a laissé très-peu de temps pour m'occuper d'autopsies, il me serait difficile d'enrichir cet ouvrage de nouvelles additions; mais en faisant à cette édition des corrections qui sont le fruit de la réflexion et de l'expérience, j'espère qu'elle sera moins éloignée de la perfection que les précédentes.

La seconde édition de cet ouvrage a été traduite, il y a trois ans, en français, par le docteur *Ferrall* qui habitait alors Paris. Cette traduction est très-fidèle; mais comme elle n'est accompagnée ni de notes ni d'additions d'aucune espèce, je n'ai pu en retirer aucun avantage en terminant cette troisième édition.

Londres, fév. 1807.

EXPLICATION DE LA PLANCHE I.re

Page 155.

La figure 1 représente un *tœnia* terminé par deux extrémités ténues et *filiformes*. Les lettres *a. a.* indiquent ces deux extrémités. Les lettres *b. b. b. b. b.* placées autour des circonvolutions que forme ce ver, feront reconnaître aisément les différentes parties de son corps. Quelques-unes de ces parties sont plus larges, les autres sont plus étroites. Cette dernière disposition est le résultat de l'espèce de macération éprouvée par ce ver pendant un séjour de quatre ans dans l'alcohol.

La figure 2 représente un fragment du corps d'un *tœnia*. Les deux extrémités *c. c.* ressemblent beaucoup à ce qu'on appelle ordinairement la queue de ce ver, en sorte que ce *tœnia* présenterait ici deux queues; bizarrerie qu'il est impossible d'admettre. Cette double disposition doit plutôt être attribuée, ainsi que je l'ai dit dans le cours de cet ouvrage, au développement, et sur-tout à la laxité de ses bords. La portion *d. d. d.* qu'on doit regarder comme le corps de ce fragment, n'offre rien de remarquable.

EXPLICATION DE LA PLANCHE II.

Page 198.

La figure 1 représente une concrétion biliaire oblongue trouvée seule dans une vésicule du fiel. Le fragment qui s'est détaché de cette concrétion, laisse à découvert des lames très-distinctes qui prouvent que ce corps s'est déve-

loppé par couches dont la couleur offre des nuances très-variées.

Les fig. 2 et 4 représentent deux concrétions biliaires trouvées dans la vésicule d'un homme de quarante-cinq ans qui n'avait jamais éprouvé de douleur dans la région du foie. La surface de ces concrétions est légèrement bosselée. On aperçoit sur les deux extrémités, et à la région inférieure de la figure 2, des facettes planes et polies. L'extrémité droite de la figure 4 offre aussi une de ces facettes, qui toutes sont le résultat du frottement de ces deux corps l'un sur l'autre, pendant leur séjour dans la vésicule.

La figure 3 représente la section transversale de la fig. 2. On remarque dans son centre un point noirâtre vers lequel on voit se rendre des espèces de rayons; cette structure radiée diffère donc essentiellement de la structure lamelleuse que présente la fig. 1.

Les figures 5. 6. 7. 8. 9. 10. représentent des concrétions pyramidales, cubiques ou irrégulières, dont les facettes lisses et brillantes ont été produites par les frottemens réciproques de ces corps.

C'est sans doute, et au grand nombre de ces concrétions et à leur configuration anguleuse, qu'il faut attribuer les douleurs inouies éprouvées par la malade qui fait le sujet de la note consignée à la page 198.

Les fig. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. représentent des concrétions biliaires moins denses et moins volumineuses que les précédentes; elles ont suivi la marche des matières fécales, et se sont échappées par le rectum, chez un homme de trente-huit ans. Je dois remarquer ici que plusieurs mois avant leur issue, le sujet se plaignait de temps en temps de douleurs atroces qu'il rap-

portait aux régions épigastrique et hypochondriaque droite. Ces douleurs doivent-elles être attribuées à une autre cause qu'aux efforts employés par la nature pour faire arriver ces corps dans le duodénum à travers le petit diamètre des conduits biliaires ? Ces concrétions sont beaucoup moins solides que celles qui ont déja été examinées ; elles paraissent être néanmoins de la même nature.

EXPLICATION DE LA PLANCHE III.

Page 247.

La fig. 1 représente un calcul urinaire développé dans le canal de l'urètre. Ses dimensions sont hors de toute proportion avec les petits corps qu'on trouve ordinairement dans le canal de l'urètre chez l'homme.

La figure 2 offre un calcul formé sous le prépuce. On voit qu'il conserve la forme qu'il a dû acquérir dans la cavité pyramidale de cette extrémité des tégumens de la verge.

La figure 3 représente des calculs très-petits semblables à ceux qui se forment dans les reins ou la vessie, et qui s'échappent spontanément après avoir fait souvent éprouver au malade des douleurs plus ou moins vives. Ces petits calculs, connus vulgairement sous les noms de *graviers* ou *gravelle*, sont irréguliers, très-durs, et d'une couleur orange foncée.

La figure 4 offre un calcul vésical développé autour d'une épingle. La figure 5 représente un calcul oblong qui a séjourné pendant plusieurs années dans l'uretère d'une femme. *Voyez* la note page 247.

La figure 6 représente un calcul *mural* scié transversalement. *Voyez* la note page 254.

La figure 7 représente un des cinquante-huit calculs trouvés dans la vessie de M. *de Buffon*. *Voyez* la note de la page 251.

Les figures 8 et 9 n'offrent rien de remarquable. Ce sont deux variétés des calculs vésicaux, dont la configuration ne présente jamais les mêmes dimensions.

Les figures 10. 11. 12. sont des calculs irréguliers qui ont été entraînés par les urines chez un homme de cinquante-trois ans. Ce sujet, qui plusieurs fois et à des époques assez éloignées éprouva les mêmes phénomènes, ne se plaignait d'aucune douleur du canal de l'urètre, malgré l'extrême irrégularité de ces corps.

EXPLICATION DE LA PLANCHE IV.

Page 292.

La planche IV représente l'ostéo-sarcocèle dont il est question dans la note de la page 292. La tumeur est divisée longitudinalement; il est facile d'apercevoir dans le centre les points larges et nombreux d'ossification. Le tissu qui sépare ces points osseux est d'un blanc tirant sur le rose, et très-dense; l'albuginée avait acquis une épaisseur remarquable. Cette tumeur, conservée dans l'alcohol, pèse encore aujourd'hui dix-sept onces.

EXPLICATION DE LA PLANCHE V.

Page 303.

La planche V représente le second ostéo-sarcocèle desséché. La tumeur a beaucoup perdu de son volume; elle pèse huit onces. Les points osseux sont d'un jaune-citron foncé : le tissu placé entre ces points est d'un gris noir très-dur; il a toujours résisté à la putréfaction.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

CHAPITRE PREMIER.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DU PÉRICARDE.

Inflammation du Péricarde.

Le péricarde, membrane qui entoure le cœur en manière de sac, et se réfléchit sur sa surface, pour fournir à cet organe une enveloppe lisse et polie, est exposée à l'inflammation. Cette maladie, peu fréquente, se présente néanmoins assez souvent pour offrir l'occasion d'observer ses effets après la mort. La nature de cette maladie ne paraît point se borner à frapper exclusivement une période particulière de la vie; néanmoins, d'après ce que j'ai observé, il me semble qu'elle se manifeste plus souvent chez

les sujets parvenus à la force de l'âge que chez les enfans ou les vieillards (1).

Dans l'inflammation du péricarde, cette membrane est souvent plus épaisse que dans son état naturel, elle est aussi un peu plus molle; ce changement dépend d'une matière apportée à cette membrane par l'action augmentée des petits vaisseaux qui la parcourent. Cette membrane est de plus recouverte par un nombre extraordinaire de petits vaisseaux qui contiennent un sang vermeil. Sur la face interne du péricarde, on trouve une couche de matière jaunâtre et comme pulpeuse, qui peut ordinairement en être séparée avec facilité. Cette couche tapisse généralement toute l'étendue de la surface interne; elle varie beaucoup en épaisseur. Tantôt elle est épaisse comme un pain à cacheter, tantôt comme une demi-couronne. Cette même couche offre souvent un aspect rougeâtre dû aux petits vaisseaux sanguins qui s'y ramifient, vaisseaux dont on démontre très-distinctement l'existence, à l'aide de fines injections.

---

(1) Le comte de Mirabeau, doué d'une constitution athlétique, et mort dans toute la force de l'âge, à la suite d'une maladie compliquée de l'inflammation du péricarde, offre une donnée de plus en faveur de l'opinion de *Baillie*. (*Note du Traducteur.*)

Ils sont quelquefois nombreux, et peuvent être aisément suivis à leur passage du péricarde dans la matière pulpeuse, dans laquelle j'ai vu aussi des petites taches d'un sang vermeil.

Ces vaisseaux nouvellement formés, prouvent jusqu'à l'évidence l'existence d'un principe de vie dans cette matière extravasée ; car il est impossible d'imaginer que des vaisseaux sanguins puissent se diviser pour former de nouvelles branches dans une substance qui serait morte : c'est un argument employé par M. *Hunter*, pour prouver le principe vital du sang. A sa surface interne, cette membrane présente fréquemment des petits prolongemens irréguliers ressemblans à un rézeau, et des points d'union sont souvent formés entre la portion de cette matière qui tapisse la membrane du péricarde réfléchie en manière de sac, et la portion qui recouvre la membrane qui enveloppe immédiatement le cœur. Cette matière, et par sa couleur, et par son organisation, ressemble beaucoup à la lymphe coagulable du sang, et probablement c'est cette matière elle-même séparée par l'action des petits vaisseaux du péricarde.

A mesure que cette couche de matière pulpeuse se développe sur la surface interne du péricarde, une quantité plus ou moins considérable de fluide brunâtre ou jaunâtre s'accumule

dans la cavité. Tantôt on en trouve seulement quelques onces, d'autres fois on en trouve plus d'une pinte; des débris de la matière pulpeuse déjà décrite flottent dans ce fluide, et s'y trouvent quelquefois mêlés à une petite quantité de pus. Ce fluide offre les mêmes propriétés que le sérum du sang, et a été communément considéré comme un véritable sérum. L'inflammation du péricarde se termine quelquefois, quoique rarement, par suppuration : je n'en ai vu qu'un seul exemple. Le péricarde était très-épais, enflammé et tapissé d'une lymphe coagulée, mais il n'y avait aucune trace d'ulcération. Cette dernière circonstance sera plus particulièrement examinée, quand il sera question des phénomènes pathologiques de la plèvre. Le péricarde, dans ce cas, contenait plus d'une pinte de pus. Quand la portion du péricarde qui recouvre immédiatement le cœur est enflammée, la substance musculeuse de cet organe est quelquefois aussi enflammée à une certaine profondeur.

Quand le péricarde ou tout autre sac membraneux qui tapisse une cavité circonscrite est enflammé, et qu'une couche de lymphe coagulable est formée sur la surface de cette membrane, il existe une disposition particulière donnée à cette lymphe coagulable par l'action des petits vaisseaux qui s'y distribuent.

Cette disposition particulière est cette tendance à une coagulation immédiate : aussitôt que la lymphe coagulable s'échappe d'une surface enflammée, on doit supposer qu'elle se coagule immédiatement ; si cette coagulation immédiate ne s'effectuait pas, et si la lymphe restait pendant quelque temps fluide, comme dans la séparation spontanée des parties constituantes du sang dans un vase, après une saignée ordinaire, alors cette lymphe coagulable se précipitant en un petit gâteau au fond du sérum, facilement mobile d'un côté de la cavité à l'autre, ne formerait point de couche adhérente à la surface de la membrane enflammée.

Le sérum est généralement plus abondant qu'il ne devrait l'être en conséquence de sa séparation purement spontanée de la lymphe coagulable qui s'est répandue sur la surface de la membrane enflammée. C'est pour cette raison que les vaisseaux sanguins qui se distribuent à la couche de la lymphe coagulable, paraissent fournir une certaine quantité de sérum. Quand l'inflammation diminue, et que la lymphe coagulable contracte des adhérences, le sérum est généralement enlevé de la cavité, et nous devons supposer que cet effet est produit par l'action des vaisseaux absorbans ; la membrane destinée à former des adhérences a donc à cet effet

des vaisseaux absorbans qui lui appartiennent, vaisseaux qui, seuls, ont probablement été formés par l'alongement ou le développement des vaisseaux absorbans de la membrane enflammée, et qui de cette membrane se continuent dans la lymphe coagulable, présentant alors une organisation membraniforme.

Outre la sérosité, nous avons dit que l'on trouvait quelquefois de la suppuration dans une cavité circonscrite enflammée. Quand cette circonstance se présente, il est très-probable que les petites artères qui se distribuent dans la couche de lymphe coagulable ont fourni cette suppuration. Cette conjecture, je le pense, n'a pas encore été établie; mais il est difficile de concevoir dans de pareilles circonstances une autre source de laquelle le pus puisse s'échapper. Si nous supposons que le pus est fourni par les artères qui se ramifient dans la surface enflammée, il doit dans ce cas transsuder à travers la couche de lymphe coagulable qui a souvent acquis une épaisseur considérable avant que le pus ne soit amassé dans la cavité. La chose néanmoins ne se passe pas ainsi, et comme les artères vont de la première membrane à la couche de lymphe coagulable, il est plus raisonnable de supposer que le pus est fourni par les artères distribuées à cette lymphe,

que par les vaisseaux de la première membrane.

Adhérences du Péricarde au cœur.

Dans les autopsies cadavériques, on a trouvé des adhérences du péricarde au cœur. Cette adhérence s'établit quelquefois sur plusieurs points : d'autre fois elle s'étend sur toute la surface. Elle est formée ou par une membrane mince, ou par une matière plus solide ; quand c'est une membrane mince, elle ressemble exactement au tissu cellulaire qu'on rencontre dans toutes les régions du corps, et quand la matière est solide, elle diffère peu de la lymphe coagulable du sang récemment développée sur une surface enflammée. Que la substance qui constitue l'adhérence présente tel ou tel aspect, on peut, dans l'un et l'autre cas, prouver son organisation vasculaire à l'aide de l'injection. Cette adhérence est aussi formée dans les deux cas par la matière pulpeuse dont j'ai déjà parlé, car j'ai eu plus d'une fois l'occasion d'insister sur les divers degrés de changement qu'elle subit.

Ces adhérences sont regardées comme la conséquence de l'inflammation, et prouvent que l'on peut survivre à une inflammation du péricarde : elles unissent le péricarde d'une manière plus ou moins étroite à la surface du cœur.

Quand la connexion est étroite, elle est probablement plus récente ; quand elle est lâche, elle est probablement plus ancienne ; dans ce cas, le temps a permis à ces adhérences de s'alonger par les mouvemens du cœur.

Hydropisie du Péricarde.

Cette maladie n'est pas rare ; elle paraît se manifester plus fréquemment à un âge avancé ; je l'ai observée néanmoins sur des sujets qui n'avaient pas trente ans, et il est probable qu'elle arrive quelquefois chez les enfans. J'ai plus d'une fois observé l'anasarque et l'ascite chez des enfans au-dessous de douze ans ; phénomènes qui sont aussi peu fréquens chez ces sujets que l'accumulation de la sérosité dans le péricarde. On trouve quelquefois une collection de sérosité dans le péricarde, tandis qu'il n'en existe dans aucune autre cavité ; mais ordinairement elle est accompagnée d'une collection de la même nature dans les autres cavités du thorax.

Cette sérosité varie beaucoup en quantité : à peine s'élève-t-elle dans quelques cas à deux onces, dans d'autres on en trouve plus d'une pinte. Quoique la quantité de sérosité contenue dans le péricarde puisse être considérable, ce-

pendant cette membrane n'est jamais très-distendue ; mais elle semble pouvoir en contenir une quantité plus grande encore ; il est probable, par cette raison, que le péricarde acquiert des proportions relatives à la collection, ces proportions étant nécessaires aux mouvemens du cœur et à la dilatation de ses différentes cavités.

Le liquide accumulé est d'une couleur brune, offrant, dans les différentes circonstances, une nuance plus ou moins foncée. Ses propriétés ressemblent à celle du sérum du sang.

Si ce phénomène arrive chez un sujet atteint d'ictère, le liquide a une teinte jaune qu'il doit à la bile. Il a cependant souvent une teinte jaunâtre comme la sérosité, sans qu'on soit fondé à supposer que la bile a circulé avec le sang.

Tumeurs scrophuleuses dans le Péricarde.

Une seule fois j'ai eu l'occasion de voir deux ou trois tumeurs scrophuleuses développées dans la cavité du péricarde ; une d'elles était presqu'aussi forte qu'une noix, elles contenaient une matière blanche et molle, ressemblant en quelque sorte à du lait caillé, ou à du fromage nouveau. Le péricarde est un organe très-rarement atteint de scrophule, et c'est

pour cette raison que ce phénomène pathologique doit être regardé comme très-rare.

Péricarde presque sec.

Deux fois j'ai rencontré (et ce phénomène a été observé beaucoup plus souvent par un anatomiste dont l'autorité est d'un grand poids (1),) le péricarde tellement altéré, qu'il ressemblait à une vessie de bœuf en grande partie desséchée, ou à un péricarde qui a été pendant quelque temps exposé à l'air ; comme les cavités thorachique et abdominale n'avaient point été ouvertes, cet effet ne pouvait pas appartenir à l'évaporation. Si ce phénomène pouvait arriver, on le rencontrerait très-souvent dans les autopsies, et les organes intérieurs seraient soumis à l'influence de la même cause. Ce phénomène doit donc être considéré comme le résultat d'un travail qui s'effectue pendant la vie. Cette sécheresse appartient ou au défaut d'action des vaisseaux exhalans du péricarde, ensorte que le fluide destiné par la nature à lubrifier cette membrane n'est point secrété en quantité suffisante ; ou bien cette sécheresse dépend de l'augmentation d'action des vaisseaux absorbans du péricarde qui pompent le fluide

(1) M. *Hunter.*

en plus grande proportion qu'il n'est fourni par les vaisseaux exhalans.

Péricarde cartilagineux et osseux.

On a vu quelquefois une portion du péricarde convertie en cartilage (1). D'autres fois elle a offert une organisation osseuse (2) ; mais ces deux changemens sont très-rares. J'ai dernièrement eu l'occasion de rencontrer un exemple de la dernière espèce ; l'ossification occupait une portion considérable du péricarde ; je n'ai jamais vu de péricarde cartilagineux.

Péricarde manquant.

Un très-petit nombre de cadavres ont offert le péricarde manquant par suite d'un vice de conformation. Dans cette supposition, le cœur se montre entièrement à nu quand on a enlevé le sternum et les cartilages des côtes. La surface externe des différentes cavités et des vaisseaux du cœur, se laisse apercevoir aussi distinctement que lorsque, dans la structure naturelle de ces parties, on a divisé le péricarde. L'adhérence intime et uniforme du péricarde au cœur

---

(1) Voyez *Morgagni*, sur les causes et les sièges des maladies, épist. XXII, art. 10.

(2) Voyez *Bonnet*, tom. I, pag. 583.

a quelquefois été prise pour ce vice de conformation, mais ces deux états offrent de grandes différences. Quand il existe adhérence du péricarde au cœur, la surface externe des différentes cavités et des vaisseaux sanguins du cœur, n'est point aperçue en enlevant le sternum et une partie des côtes ; toute cette surface est aussi complètement cachée que dans l'état naturel. C'est seulement quand la dissection a détruit cette adhérence, qu'on peut apercevoir la surface du cœur et de ses vaisseaux. Quand il existe adhérence du péricarde au cœur, cette membrane est unie en même temps d'une manière très-étroite à la région tendineuse du diaphragme ; mais quand le défaut de péricarde est dû à un vice de conformation, le cœur est libre dans la cavité de la poitrine ; il n'a aucune connexion avec le diaphragme ; il est recouvert par la plèvre comme les poumons. J'ai eu une fois l'occasion d'observer ce phénomène, et j'en ai donné la description dans les Transactions Médicales et Chirurgicales (1).

Symptômes.

Le praticien ne peut point distinguer l'inflammation du péricarde de celle du cœur.

---

(1) *Voyez* pag. 91, vol. I.

Quand l'inflammation du péricarde est violente, la substance musculeuse du cœur est enflammée au même degré, et c'est pour cette raison que l'inflammation de ces deux parties se développe souvent en même temps. Les symptômes observés, sont : cette affection générale du systême, connue sous le nom de fièvre symptômatique ; une douleur dans la région du cœur : très-souvent, mais non constamment, des palpitations et un pouls irrégulier, de la toux, de la difficulté de respirer, quelquefois des syncopes.

Les symptômes des adhérences du péricarde au cœur, ne sont pas assez évidens pour être facilement distingués dans la pratique. Quand les adhérences sont partielles et prolongées, de manière que le cœur puisse exécuter librement ses mouvemens dans le péricarde, ces adhérences offrent peu ou point d'inconvénient ; mais quand ces adhérences sont intimes et qu'elles s'étendent sur toute la surface du cœur, on observe les phénomènes suivans : savoir, un sentiment d'oppression et quelquefois de douleur dans la région du cœur ; un pouls souvent irrégulier et intermittent ; de la difficulté de respirer, et quelquefois une toux sèche.

Quand il existe une collection de sérosité dans le péricarde, cette collection est accompagnée de

symptômes qui ressemblent beaucoup à ceux qui appartiennent à l'hydrothorax. Les auteurs n'ont point établi à cet égard des distinctions assez précises. Nous indiquerons ces symptômes quand il sera question de l'hydrothorax. Pour distinguer, à la vérité d'une manière imparfaite, ces deux maladies, on peut dire que le sentiment d'oppression est plus borné à la région du cœur, et que cet organe est plus troublé dans ses fonctions dans l'hydropéricarde que dans l'hydrothorax. Il est nécessaire de remarquer que ces deux maladies souvent existent en même temps : dans cette supposition, les points de dissemblance sur lesquels je viens d'insister, ne se remarquent pas.

Les tumeurs scrophuleuses développées à l'intérieur du péricarde, et dont j'ai parlé plus haut, co-existaient avec des tubercules des poumons, et les sujets étaient morts avec les symptômes ordinaires de la consomption pulmonaire. Aucun phénomène ne pouvait faire soupçonner une maladie du péricarde : on peut supposer, avec raison, que quand des tumeurs scrophuleuses se développent dans le péricarde, elles offrent peu d'inconvénient, tant qu'elles restent petites; mais quand elles ont acquis des dimensions considérables, elles s'opposent à la libre dilatation du cœur, et troublent ses fonc-

tions. Ce phénomène serait néanmoins très-difficile à distinguer du trouble produit par d'autres causes qui peuvent, de la même manière, gêner l'action du cœur, comme l'accumulation de sérosité dans le péricarde.

On ne connaît point encore les symptômes produits par la non-existence du fluide destiné à lubrifier le péricarde.

CHAPITRE II.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DU COEUR.

Inflammation du Cœur.

L'INFLAMMATION bornée à la substance du cœur est une maladie très-rare ; le plus souvent elle co-existe avec celle du péricarde. Quand le péricarde qui recouvre la surface de cet organe est enflammé, cette inflammation se communique quelquefois légèrement à la substance du cœur ; la région enflammée présente beaucoup plus de petits vaisseaux que dans l'état naturel, et on y aperçoit quelquefois des petites taches de sang extravasé. La substance du

cœur peut cependant être enflammée au milieu de l'intégrité du péricarde. Je me rappelle un exemple de cette espèce, où il était impossible de découvrir aucune trace de l'inflammation de cette membrane ; seulement on trouva un peu plus de sérosité que de coutume dans sa cavité.

Les auteurs ont rapporté des observations d'abcès et d'ulcères du cœur (1) ; mais ces cas sont extrêmement rares. La mortification du cœur se rencontre plus rarement encore, quoique cet état pathologique ait aussi été observé (2).

Tache blanche sur la surface du Cœur.

L'ouverture des cadavres a laissé très-souvent apercevoir sur la surface du cœur, une tache blanche, opaque, comme un épaississement du péricarde. Quelquefois elle n'est pas plus large qu'une pièce de douze sous ; d'autrefois elle est aussi large qu'un écu. Elle est plus fréquemment située à la surface du ventricule droit : on la trouve rarement sur la face du

---

(1) Voyez *Morgagni*, épist. XXV, art. 17. Voyez *Bonnet*, tom. I, pag. 849 ; et *Lieutaud*, tom. II, p. 27.

(2) Voyez *Lieutaud*, tom. II, p. 33.

ventricule gauche ou des oreillettes, quoiqu'elle se présente quelquefois sur tous les deux.

Cette tache est produite par une membrane accidentelle formée sur une portion du péricarde qui recouvre le cœur ; elle peut être facilement séparée par la dissection, de manière à conserver au péricarde son intégrité. Ce phénomène ne produit aucun résultat fâcheux ; il est si commun, qu'à peine peut-on le regarder comme une maladie.

Polype.

Le polype a été considéré par les anatomistes anciens, comme une maladie aussi funeste que fréquente : plusieurs anatomistes modernes lui refusent jusqu'au nom de maladie. Il est formé par une masse de lymphe coagulable qui remplit quelques-unes des larges cavités du cœur, particulièrement les ventricules, et s'étend jusque dans les gros vaisseaux du voisinage.

La lymphe coagulable est d'une couleur jaune blanchâtre ; elle est quelquefois très-jaune et très-ferme ; elle remplit complètement ou à-peu-près, la cavité dans laquelle elle se trouve, et dans les ventricules elle jette des prolongemens qui pénètrent à travers les faisceaux mus-

culeux. C'est sans doute à cette circonstance que cette masse doit son nom. Elle s'avance aussi jusque dans les gros vaisseaux qui naissent des ventricules ; elle se moule souvent sur la forme des valvules sémi-lunaires à leur origine. Les phénomènes de cette nature que j'ai observés se sont présentés principalement dans les préparations anatomiques, et se sont développés certainement après la mort. La circulation exige que les cavités du cœur soient libres pour le passage du sang. Si l'une de ces cavités se trouve remplie, la circulation est nécessairement interrompue. Le polype néanmoins remplit entièrement la cavité du cœur dans laquelle il se forme, ensorte qu'il empêche la circulation. On dira peut-être que les polypes se développent par degrés, et que la circulation existe pendant quelque temps, quoique d'une manière imparfaite. Cependant si l'on examine presque tous les polypes, on observera que toute leur substance présente le même aspect, ce qui prouve que toute la masse a été formée à-la-fois. Ces circonstances s'élèvent fortement contre l'opinion qui établissait en principe que les polypes existent ordinairement pendant la vie.

Quand les polypes se forment, je pense que la coagulation du sang ne s'effectue pas très-

promptement après la mort. Ils existent sans mélange des globules rouges sanguins, ce qui prouve que le sang a été assez long-temps à se coaguler pour que les globules pussent, par leur propre poids, se séparer des autres parties.

Dans quelques circonstances, le coagulum du sang a présenté une texture lamelleuse dans les portions du cœur les plus éloignées de la circulation. Cette texture lamelleuse prouve que la coagulation s'est faite pendant la vie et progressivement. Deux cas de cette espèce ont été observés par M. *Broda*, qui, quoique jeune, est déjà recommandable par ses connaissances anatomiques et physiologiques. De pareils phénomènes néanmoins doivent être considérés comme différens des coagulations qui sont généralement connues sous le nom de polypes, et qui remplissent entièrement une ou plusieurs des grandes cavités du cœur.

Les coagulations ordinaires du sang qui communément ne remplissent pas entièrement les cavités du cœur (bien que quelquefois on ait trouvé ces cavités remplies par ces espèces de concrétions), se forment aussitôt que la vie a cessé, parce que la partie rouge du sang se précipite pour constituer un caillot. Il est bon de remarquer que quelquefois on trouve dans l'un des ventricules un coagulum d'une couleur

jaune, et offrant un aspect huileux de manière à ressembler exactement à de la graisse. Il ne contient cependant aucun mélange d'huile, et il possède toutes les propriétés qui appartiennent à la lymphe coagulable. Cette couleur jaune dépend quelquefois d'une portion de bile qui a circulé avec le sang pendant la vie, comme dans le cas d'ictère ; mais cette couleur se présente aussi quelquefois quand il n'est pas possible de croire à un mélange de bile et de sang (1).

Anévrisme du Cœur.

Le cœur est quelquefois atteint d'anévrisme. Cette affection consiste dans le développement d'une de ses parties en une espèce de poche qui

---

(1) Au mois de février 1815, j'ai eu occasion de voir à la maison de Santé une excroissance charnue occupant le centre du ventricule gauche. Cette excroissance adhérait intimement à la substance du cœur ; son grand diamètre pouvait avoir deux pouces et demi, et son petit un pouce. Le cœur était plus volumineux que de coutume. Cette pièce anatomique avait été préparée avec beaucoup de soin par M. *Reyer*, élève très-distingué de l'Ecole de Médecine. Cette tumeur, observée chez un sujet mort à l'âge de quarante-cinq ans, doit-elle être regardée comme un polype ou comme un produit de la syphilis ?

(*Note du Traducteur.*)

est ordinairement plus ou moins remplie de sang coagulé ; je n'ai vu qu'un exemple de cette affection ; le sommet du ventricule gauche converti en une poche assez large pour contenir une petite orange, était plus mince que dans l'état de santé : cette poche était tapissée d'une membrane blanche et opaque ; elle contenait très-peu de sang coagulé ; mais dans un anévrisme, le volume du caillot dépend de la dimension du sac.

Cette maladie devait sans doute sa naissance à la faiblesse des fibres musculaires du sommet du ventricule ; celui-ci en se contractant poussait le sang vers la partie la plus faible qui, incapable de résister à cet effort, s'était dilatée par degrés.

Si la force du sommet du ventricule gauche eût été égale à celle des autres points, la tumeur anévrismale n'aurait jamais pu se développer.

Anévrisme de la crosse de l'aorte.

Le siége le plus fréquent des anévrismes thorachiques, est la crosse de l'aorte. Dans cette affection, les dimensions de la crosse beaucoup plus grandes que dans l'état de santé, présentent quelquefois une tumeur uniforme, d'autres fois plusieurs petites tumeurs anévrismales s'é-

lèvent d'une semblable tumeur beaucoup plus prononcée. Quand le développement de l'artère est considérable, il est plus ou moins rempli d'un sang coagulé, qui est disposé en lames concentriques. Les parois de l'artère dilatée sont presque aussi épaisses que dans l'état naturel, et c'est pour cette raison qu'à mesure que la tumeur s'accroît, une nouvelle matière est ajoutée aux parois artérielles. Cette nouvelle matière ne paraît déposée sur ces parois que pour prévenir la rupture de l'artère; elle est formée par l'action des *vasa vasorum*. Une portion de cette nouvelle matière est peut-être aussi formée par les petits vaisseaux qui se distribuent aux parties immédiatement en contact avec l'artère.

Les parois de l'artère offrent des altérations très-sensibles dans le siége de l'anévrisme et dans son voisinage; on les sépare plus aisément que dans l'état sain en différentes couches, et l'on trouve quelquefois dans leur tissu des points ossifiés. Ces concrétions sont souvent d'une couleur jaune, et sont formées, soit dans la membrane interne de l'artère, soit immédiatement derrière elle.

Les parois de l'artère dans le voisinage de l'anévrisme présentent souvent une texture irrégulière : dans quelques points, transparentes et

minces, elles présentent dans d'autres densité et opacité; quelquefois on pourrait croire à l'existence de deux membranes internes. De semblables phénomènes ont été aussi observés sur les tuniques mêmes de l'anévrisme.

Les artères, dans le voisinage de l'anévrisme, offrent un état pathologique dans une étendue plus ou moins considérable chez les différens sujets; mais je ne me rappelle aucun cas dans lequel elles n'aient pas été altérées dans leur texture.

L'anévrisme qui nous occupe se termine souvent d'une manière funeste par le déchirement des parois dilatées et l'accumulation du sang dans le péricarde; mais souvent ses progrès sont plus lents; la tumeur anévrismale augmente successivement jusqu'à ce qu'elle soulève le sternum et les extrémités cartilagineuses de quelques côtes; la pression de la tumeur contre le sternum et les côtes, détermine l'absorption d'une partie de ces barrières osseuses; l'anévrisme paraît au dehors, l'absorption du sternum et des côtes se fait par degrés, et elle n'est point accompagnée de suppuration. La tumeur s'accroît de jour en jour, jusqu'à ce qu'elle offre le volume de la tête d'un enfant nouveau né: une partie de la peau est frappée de mort, elle se déchire à la région la plus élevée de la tu-

meur ; une portion du sang coagulé est chassée par l'effort de la circulation, et le sujet ordinairement périt à l'instant même ; quelquefois le sang s'écoule lentement et le malade arrive par degrés à sa fin.

Les anévrismes de la crosse de l'aorte, ainsi que tous ceux du systême artériel, dépendent d'une maladie antécédente des parois de l'artère. Cette maladie les met dans l'impossibilité de résister à l'effort du sang qui vient les dilater. Ce fait est démontré par l'altération des parois mêmes de l'anévrisme, et par celle de l'artère dans le voisinage de la tumeur.

J'ai aussi rencontré très-fréquemment dans la crosse de l'aorte des signes d'altération qui n'était point assez avancée pour produire un anévrisme ; elle consistait dans la formation de petits points d'un blanc opaque dans la membrane interne, et dans ces circonstances les parois se laissaient séparer beaucoup plus facilement que dans l'état de santé. La cause qui favorise le développement de l'anévrisme à la crosse de l'aorte plus fréquemment que dans les autres points du systême artériel, est sa courbure qui l'expose à tout l'effort du sang lancé par le ventricule gauche ; on n'observe presque jamais d'anévrisme dans l'artère pulmonaire, parce qu'elle ne présente point d'arcade, et que

le sang parcourt facilement ses deux branches pour arriver aux poumons.

Les anévrismes de la crosse de l'aorte, ainsi que toutes les autres espèces d'anévrismes, s'observent beaucoup plus rarement chez la femme que chez l'homme. Cette différence appartient à deux causes ; la première, c'est que la femme, par sa vie sédentaire et régulière, est moins exposée à l'action des pulsations violentes due à une circulation agitée : l'autre, c'est parce que chez ce sexe les tuniques artérielles sont moins exposées aux altérations qui disposent aux anévrismes (1).

---

(1) Les anévrismes du cœur et de la crosse de l'aorte semblent s'être multipliés en France depuis vingt ans. Il n'est point d'hiver qui ne présente aux élèves occupés de travaux anatomiques, un grand nombre de ces états pathologiques. Il est impossible de se méprendre sur la cause de ces phénomènes qui doivent être attribués aux commotions violentes, aux alternatives de terreur et d'espérance, aux chagrins profonds ; en un mot, à l'exaltation de toutes les affections morales qui, depuis vingt-cinq ans, ont tourmenté toutes les classes de la société.

(*Note du Traducteur.*)

Ossification des Artères coronaires du Cœur.

Les artères coronaires du cœur sont quelquefois plus ou moins ossifiées. Cet état, je pense, est généralement accompagné de l'ossification d'une partie de l'aorte à son origine, et quelquefois de l'ossification des valvules sémi-lunaires.

Ossification des Valvules sémi-lunaires.

Les trois valvules sémi-lunaires à l'origine de l'aorte ou de l'artère pulmonaire, sont souvent altérées. Cette altération consiste ordinairement dans le développement d'une matière osseuse ou terreuse ; cette matière paraît due à l'action morbifique des petits vaisseaux qui se distribuent à la substance de ces valvules ; ces vaisseaux sont si petits qu'ils ne peuvent pas contenir dans leur état naturel les globules rouges du sang.

Valvules sémi-lunaires épaisses et opaques.

Souvent les valvules sémi-lunaires sont considérablement épaissies et d'un blanc opaque ; dans ce cas, les parois de l'artère dans le voisinage sont ordinairement épaissies et altérées.

Rupture des Valvules.

Le cabinet du docteur *Hunter* contient une pièce pathologique dans laquelle on voit les valvules sémi-lunaires épaissies et rompues dans une grande étendue. Ce phénomène arrive rarement ; dans le cas dont je parle, le déchirement a été si grand, qu'il a dû être presque immédiatement funeste.

Valvules situées entre les Oreillettes et les Ventricules ossifiées.

Les valvules placées entre les oreillettes et les ventricules sont quelquefois le siége de concrétions osseuses ou terreuses, ainsi que les valvules qui sont situées à l'origine des deux grosses artères. Cependant cette altération est plus fréquente dans ces dernières. Les causes de cette différence sont très-difficiles à déterminer. On pourrait peut-être considérer ces valvules comme appartenant plutôt au systême veineux qu'au systême artériel. Or il est constant que l'ossification s'observe rarement dans les tuniques veineuses, et très-souvent dans les tuniques artérielles.

Les mêmes Valvules épaisses et opaques.

L'appareil valvulaire situé entre les oreillettes et les ventricules, quelquefois acquiert une

épaisseur remarquable, il perd sa transparence et présente une couleur blanche et opaque. Les cordes tendineuses sont aussi plus grosses que dans l'état de santé; et la membrane interne qui tapisse les ventricules, alors très-épaissie, ressemble à une membrane blanche très-ferme. Dans ces circonstances, le cœur est beaucoup plus volumineux que dans son état naturel.

J'ai aussi trouvé l'appareil valvulaire situé entre les oreillettes et les ventricules dans un état d'inflammation, recouvert d'une couche de lymphe coagulable; mais je pense que ce phénomène se présente très-rarement.

Rupture du cœur.

Quelquefois, et principalement chez les sujets avancés en âge, le cœur s'amincit sur un de ses points, et se rompt à la suite d'un effort violent; le sang s'épanche alors dans la cavité du péricarde, et la mort est produite à l'instant même.

Je n'ai vu qu'un exemple de cet accident; mais un second fait semblable m'a été communiqué par les meilleures autorités. Ces deux faits ont été observés chez des hommes, et cette circonstance paraît prouver que les hommes sont plus exposés que les femmes aux maladies du

cœur et des vaisseaux sanguins. Il est probable que les sujets morts aussi promptement de cette maladie auront fait croire à une attaque d'apoplexie foudroyante.

Sang contenu dans le Péricarde sans rupture du cœur.

Dans quelques circonstances, rares à la vérité, on a trouvé une grande quantité de sang dans la cavité du péricarde, sans que les recherches les plus exactes aient pu découvrir des ouvertures, soit au cœur, soit à ses vaisseaux : ce phénomène extraordinaire ne peut être conçu *à priori*. En supposant qu'il n'y ait point de rupture, deux conjectures seulement peuvent faire croire à un pareil effet, et ces deux conjectures sont accompagnées de beaucoup de difficultés.

Dans la première, nous supposerons que les vaisseaux qui se distribuent à la surface du cœur, offrant une texture plus mince que dans l'état naturel, le sang a transsudé à travers leurs tuniques; dans l'autre supposition, nous dirons que le sang a été déposé par les extrémités des petits vaisseaux qui parcourent le feuillet du péricarde immédiatement appliqué sur le cœur,

les orifices de ces vaisseaux doivent, dans ce cas, être extrêmement relâchés (1).

Vices de conformation du cœur.

Il arrive quelquefois, quoique rarement, que le cœur est assez mal conformé pour permettre au sujet porteur de ce phénomène de traîner une existence misérable, et finir par causer la mort. Le docteur *Hunter* (2) a décrit deux cas de cette espèce; il conserve dans sa collection un exemple de ce vice de conformation. Cette pièce présente un ventricule droit très-petit, l'artère pulmonaire qui en part, est aussi très-petite; à son origine dans ce ventricule, elle est bouchée; le canal artériel est ouvert, mais il forme aussi un petit canal, et se termine dans la branche gauche de l'artère pulmonaire; l'oreillette droite est plus large que dans l'état naturel, ce développement est dû à l'accumulation fréquente du sang dans sa cavité; la communication entre les oreillettes, au moyen du trou ovale, est plus large que dans l'état ordinaire; l'enfant qui a présenté ce vice de conformation avait la peau très-noire; sa respiration

(1) *Voyez* Observations Médicales, vol. IV, p. 330. Mémoire de la Société Méd., vol. I, p. 238.

(2) *Voyez* Observat. Médicales, vol. VI, p. 291.

était laborieuse, son cœur battoit fortement; il n'a vécu que treize jours.

Dans l'autre cas, rapporté par le docteur *Hunter*, l'artère pulmonaire était très-petite, particulièrement à son origine, on remarquait à la base du cœur un trou pratiqué à sa cloison, qui pouvait permettre l'introduction du pouce : le sujet chez lequel on trouva ce vice de conformation vécut à-peu-près treize ans. Sa complexion n'offrit jamais de fraîcheur; elle était d'un brun tirant sur le noir. Il était souvent atteint de mouvemens convulsifs, sur-tout quand son esprit était fortement agité, ou quand il faisait quelque mouvement brusque.

Il est évident que dans ces écarts de la nature, une très-petite quantité de sang parcourt l'organe pulmonaire pour y puiser les propriétés nouvelles que doit lui fournir la respiration. Cette quantité de sang est toujours proportionnée au degré de ces écarts. Le sang doit donc conserver une teinte brune, puisqu'il est prouvé qu'il doit sa couleur rouge à l'influence de l'air qui pénètre dans le poumon; dans ce cas la peau est brune, et cette couleur est d'autant plus foncée que les veines contiennent une plus grande quantité de sang. Dans une pareille conformation du cœur, la circulation est accompagnée de beaucoup plus de difficulté quand

elle est plus précipitée que de coutume. On peut même supposer que cette précipitation est quelquefois telle qu'elle produit des convulsions, phénomène observé dans un de ces cas.

On trouve aussi dans la collection du docteur *Hunter*, le cœur d'un enfant qui a présenté un trou pratiqué dans la cloison des ventricules à la base du cœur ; ce trou était assez large pour admettre une grosse plume d'oie.

L'enfant est mort-né à six mois ; l'ouverture dont nous parlons est évidemment le résultat d'un vice de conformation. Ce fait a été aussi décrit par le docteur *Hunter*, dans le 6.e volume des Observations médicales.

Le docteur *Pulteney* a publié une observation à-peu-près semblable dans le 3.e volume des Transactions médicales. Le sujet qui portait cette difformité a vécu environ jusqu'à quatorze ans.

J'ai rencontré, il y a peu de temps, un vice de conformation du cœur, très-singulier, chez un enfant de deux mois. L'aorte, dans ce cœur, sortait du ventricule droit, et l'artère pulmonaire du ventricule gauche ; la seule communication qui existait entre ces deux vaisseaux, se trouvait établie par le canal artériel, dont le diamètre pouvait à peine recevoir une plume de corneille. Le trou ovale était un peu plus fermé

que chez un enfant nouvellement né. Le cœur était aussi volumineux que celui d'un enfant de deux mois ; excepté les singularités dont j'ai parlé, il n'offrait rien de particulier dans sa structure. Chez cet enfant, le sang rouge a toujours circulé entre les poumons et le côté gauche du cœur, en exceptant toutefois le mélange du sang noir, qui passait par le trou ovale, et le sang noir a toujours circulé entre le côté droit du cœur et toutes les régions du corps, si vous en exceptez la très-petite quantité de sang rouge qui passait dans l'aorte par le canal artériel. La vie de cet enfant a été entretenue pendant long-temps avec une très-petite quantité de sang rouge. Je regrette beaucoup de n'avoir pu recueillir sur ce sujet que des détails incomplets. Cet enfant avait la peau très-livide, phénomène qui dépendait de la petite portion de sang rouge mêlée à la circulation générale ; la température de son corps était au-dessous de celle qui appartient à l'état de santé ; la circulation était naturelle : dans un tel vice de conformation, on doit désirer que la chaleur de la surface du corps et celle des organes intérieurs soit estimée avec soin par le thermomètre. La manière de juger les degrés de chaleur des organes intérieurs est de placer un thermomètre dans le rectum. Ce vice de conforma-

tion du cœur m'a été transmis par le docteur *Wollaston*, de Saint-Edmumbury, qui prit des peines inutiles pour obtenir des renseignemens détaillés sur ce sujet.

Cœur élargi.

Le cœur offre quelquefois des dimensions plus larges que de coutume.

Sans aucune lésion de tissu, les parois musculaires sont ordinairement aussi minces que dans un cœur de volume ordinaire, quelquefois elles sont plus minces encore. Ses cavités sont remplies de sang, en partie fluide, en partie converti en un caillot mobile.

Hydatides adhérentes au Cœur.

On a vu des hydatides (1) adhérer au cœur, mais je n'en ai jamais rencontré; elles ne paraissent pas être de la même espèce dans toutes les régions du corps. Je donnerai sur ce point des détails circonstanciés, quand je parlerai des phénomènes pathologiques du foie et des reins.

---

(1) Voyez *Morgagni*, épist. XXV, art. 15.

Portion du Cœur convertie en une substance osseuse ou terreuse.

On a trouvé une portion du cœur ossifiée (1), on a trouvé aussi une matière terreuse déposée dans son tissu musculeux (2) : je n'ai rencontré aucun de ces phénomènes, qu'on doit regarder comme très-rares.

Symptômes.

Les symptômes qui accompagnent l'inflammation du cœur sont les mêmes que ceux de l'inflammation du péricarde, savoir : fièvre symptomatique, douleurs dans la région du cœur, palpitation, irrégularité du pouls, toux, difficulté de respirer, souvent syncope. Il est probable que ce dernier symptôme dépend surtout de l'inflammation de la substance du cœur, et qu'on ne l'observe pas dans l'inflammation bornée au péricarde.

Ces deux inflammations sont très-souvent simultanées.

Les symptômes de l'anévrisme du cœur sont les mêmes que ceux de la crosse de l'aorte.

---

(1) Voyez *Morgagni*, épist. XXVII, art. 16. *Voyez* aussi les Communications Médicales, vol. I, p. 228.

(2) Voyez *Bonnet*, tome I.er, pag. 820 et 825.

Le symptôme essentiel de l'anévrisme de la crosse de l'aorte dans le principe de cette affection, consiste en une forte pulsation produite dans la poitrine. Ordinairement la pulsation peut être aperçue par l'œil quand la poitrine est à nu. Il ne faut pas néanmoins, d'après ce seul symptôme, conclure qu'il existe un anévrisme. J'ai rencontré la même pulsation dans d'autres circonstances, par exemple quand le péricarde adhérait intimement au cœur; quand à une inflammation légère occupant la surface du cœur, se trouvait jointe une quantité de sérosité plus considérable que de coutume dans la cavité du péricarde, et quand le cœur avait acquis un développement morbifique sans tumeur anévrismale. Mais quand l'anévrisme de la crosse de l'aorte présente des dimensions considérables, la tumeur qui commence à devenir extérieure, est accompagnée d'une pulsation très-forte. Ce phénomène ne pouvant appartenir qu'à l'anévrisme, devient le signe le plus caractéristique de cette affection; les pulsations de l'artère radiale dans l'anévrisme de la crosse de l'aorte sont quelquefois irrégulières, souvent pourtant elles présentent de la régularité; le malade ressent plus ou moins de douleur dans la tumeur ou dans une autre partie de la poitrine; la difficulté de respirer est aug-

mentée par l'exercice, et cette difficulté est toujours en proportion des progrès de cette maladie.

L'ossification des artères coronaires semble devoir produire les symptômes de l'angine de poitrine. Ils consistent dans une douleur qui, s'élevant du milieu du sternum, se dirige du côté gauche de la poitrine, s'étend au bras gauche, au coude, et quelquefois au poignet; du même côté, dans un petit nombre de cas, on a vu la douleur gagner le côté droit de la poitrine en même-temps que le côté gauche, puis elle a gagné le bras droit, le coude et le poignet. Cette douleur est excitée par la promenade, sur-tout quand le malade gravit une montagne : elle est aussi déterminée par une émotion vive de l'ame (1).

Les symptômes produits par l'altération pathologique de la structure des valvules du cœur ne sont pas assez clairement établis pour être distingués dans la pratique. On les reconnaît à la difficulté de respirer, à des palpitations fréquentes, à un pouls faible et souvent irrégulier. Dans quelques cas, on a observé des dispositions à la syncope. Aucune des observations faites par les praticiens ne peut aider à établir

(1) *Voyez* sur ce sujet l'excellent Traité du docteur *Parry*.

des conjectures sur le siége essentiel de l'altération valvulaire.

Les symptômes dépendans d'un épanchement de sang dans le péricarde, sont une faiblesse extrême, de la difficulté de respirer, de l'anxiété, de l'oppression, une douleur sourde et un sentiment de pesanteur derrière le sternum. A ces symptômes se joint une sueur froide et visqueuse qui se répand sur toute la surface du corps.

Quand le cœur est plus large que de coutume, cet état est accompagné de palpitations, qui non-seulement sont appréciées par la main appliquée sur le côté gauche de la poitrine, mais qui peuvent souvent être aperçues par l'œil, quand la poitrine n'est recouverte que par les vêtemens ordinaires. Dans une ou deux circonstances, j'ai observé que l'artère radiale battait avec une force extraordinaire, mais le plus souvent le pouls est faible et irrégulier. Les parois musculaires du cœur sont d'autant plus minces que ses cavités sont plus larges, en sorte qu'il ne pousse qu'avec peine le sang dans les ramifications les plus éloignées du systême artériel. A une grande difficulté de respirer se joint la couleur purpurine des joues et des lèvres. Cette couleur présente des nuances plus ou moins fortes, selon que le sang traverse l'appareil pul-

monaire plus ou moins facilement. Les causes qui produisent l'augmentation du volume du cœur sont peu connues : le rhumatisme paraît devoir être placé parmi ces causes (1 et 2). Les symptômes produits par la présence des hydatides dans la cavité du péricarde ne sont pas connus ; il est probable qu'ils ne diffèrent pas de ceux qui appartiennent à une collection de sérosité contenue dans ce sac membraneux. Dans une observation rapportée par *Morgagni*, le malade était sujet à des syncopes.

Une portion du cœur a été par fois convertie en une matière osseuse ou terreuse, sans manifestation de phénomènes pathologiques ; dans quelques cas, cette altération a été accompa-

---

(1) Le rhumatisme est souvent accusé de produire des désordres, tantôt superficiels, tantôt profonds, et très-souvent à l'autopsie on voit que la diagnostic a été établi d'une manière peu précise. Quelle peut être la source d'une pareille erreur qui paraît se propager chaque jour davantage ? Je pense qu'il faut l'attribuer à cet essaim de questionneurs infatigables décidés à ne quitter prise que quand ils ont obtenu une réponse. Est-il étonnant que parmi des explications arrachées, pour ainsi dire, de vive force, quelques-unes s'écartent de la vérité ?

(*Note du Traducteur.*)

(2) Le docteur *Pitcairn* l'a observé dans quelques cas.

gnée de palpitation du cœur et de difficulté de respirer (1).

CHAPITRE III.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DE LA CAVITÉ DU THORAX.

Inflammation.

La plèvre, cette membrane qui tapisse la cavité du thorax, est très-sujette à l'inflammation, qui peut se développer à toutes les périodes de la vie; mais elle frappe plus fréquemment les adultes que les enfans et les vieillards. La plèvre paraît plus exposée aux inflammations que les membranes qui tapissent les cavités sans ouvertures, comme le péritoine, la tunique vaginale des testicules, et plusieurs autres; il faut

(1) Je ne terminerai point le chapitre des états pathologiques du cœur, sans renvoyer nos lecteurs au bel ouvrage du célèbre professeur *Corvisart*. Ce travail, riche de faits, de préceptes et d'observations du plus grand intérêt, est, à mon avis, un modèle de monographie. (*Voyez* Essai sur les Maladies organiques du cœur, Paris, 1806.)
(*Note du Traducteur.*)

en accuser les causes suivantes : les branches multipliées des vaisseaux intercostaux traversant les muscles intercostaux, forment un grand nombre d'anastomoses avec les vaisseaux qui se distribuent aux parois externes de la poitrine. Toutes les causes qui agissent sur les vaisseaux extérieurs, et déterminent leur contraction, peuvent produire l'accumulation du sang, et augmenter l'action des branches intercostales internes, dont plusieurs se distribuent à la plèvre. Plusieurs habitans de ce pays s'habillent de manière à exposer leur poitrine à l'influence d'un climat froid et incertain. Cet usage doit favoriser le refoulement du sang dans les petits vaisseaux qui se ramifient sur la plèvre. C'est pour cette raison que la plèvre est plus exposée à l'inflammation que les autres membranes qui tapissent les cavités qui n'ont point d'ouvertures extérieures. Ce fait est tellement vrai, qu'on trouve à peine un sujet adulte qui n'offre pas, plus ou moins, les traces récentes ou anciennes de cette inflammation. Quand la plèvre est enflammée, elle devient plus épaisse que dans l'état naturel; elle est plus pulpeuse; elle est aussi parcourue par un très-grand nombre de petits vaisseaux qui contiennent un sang rouge; on trouve en même-temps à sa surface une couche de lymphe coagulable. Cette couche,

souvent mince, est d'autres fois très-épaisse; cette couche présente une surface unie, ou de petits flocons qui lui donnent l'aspect d'une riche dentelle : un fluide séreux occupe en même-temps la cavité du thorax, dans laquelle flottent aussi des fragmens de cette lymphe coagulable, mêlés quelquefois à de la suppuration.

La lymphe coagulable qui couvre la plèvre qui forme la membrane externe des poumons, contracte fréquemment des adhérences avec celle qui tapisse la plèvre réfléchie sur les parois internes de la poitrine. Ces adhérences se font, soit sur des points circonscrits, soit sur de larges surfaces; dans ces circonstances, j'ai pu quelquefois suivre les divers degrés d'adhérence depuis l'état de lymphe coagulable, jusqu'à celui de membrane celluleuse. On peut, par l'injection, prouver que la lymphe coagulable est vasculaire, ainsi que je l'ai déjà dit en parlant de l'inflammation du péricarde. Quand l'inflammation occupe la plèvre qui recouvre les poumons, ces organes partagent fréquemment cet état pathologique.

Adhérences dans la cavité du Thorax.

On rencontre souvent des adhérences entre la portion de la plèvre qui recouvre les pou-

mons et l'autre portion qui tapisse les côtes, les espaces intercostaux et la surface convexe du diaphragme, sans qu'il y ait aucun signe d'inflammation récente. Ces adhérences sont souvent partielles ; alors elles existent le plus ordinairement à la partie supérieure et postérieure de la poitrine : quelquefois elles occupent toute la cavité thorachique, ou bien elles fixent d'une manière intime les parties contenues dans cette cavité, et alors ces adhérences consistent dans une membrane ferme et épaisse : ou bien la connexion n'existe que d'une manière lâche, et dans ce cas, on trouve une membrane spongieuse qui ressemble au tissu cellulaire répandu dans tous nos organes. Ces adhérences sont produites par l'inflammation ; elles sont peut-être les phénomènes le plus fréquemment rencontrés dans les autopsies.

Empyème.

Le pus épanché assez souvent dans la poitrine constitue la maladie connue sous le nom d'empyème. Cette collection purulente peut être la terminaison de l'inflammation des vaisseaux sanguins de la plèvre. Elle provient quelquefois de la rupture d'un abcès contenu dans le parenchyme du poumon. Quand la suppura-

tion termine l'inflammation de la plèvre, il ne se forme pas d'ulcération. La plèvre conserve son intégrité, mais elle est recouverte d'une couche de lymphe coagulable : ce fait a été constaté depuis long-temps par le docteur *Hunter*. La formation du pus dépend d'une certaine action des vaisseaux de la plèvre, ou plus probablement de ceux de la couche lymphatique qui la recouvrent. La suppuration peut occuper entièrement une cavité de la poitrine, ou être bornée à un point par des adhérences établies entre les poumons et la plèvre qui est appliquée aux côtes et aux espaces intercostaux. Quand le pus passe dans la cavité du thorax à la suite de la rupture d'un abcès du poumon, il est presque toujours circonscrit par adhérences dans de certaines limites. Dans les cas d'empyème, le plus souvent on n'aperçoit pas de phénomène extérieur (1). Quelquefois ce-

(1) Je crois qu'on peut établir en thèse générale, que l'empyème est presque toujours accompagné de phénomènes appréciables à l'extérieur. Ou la base du thorax du côté de l'épanchement a subi un degré de développement remarquable, ou une tumeur circonscrite se manifeste à travers les parois thorachiques, et reste en communication avec la collection purulente contenue dans la cavité, ou enfin la percussion constate mathématiquement l'existence de cette collection. (*Note du Traducteur.*)

pendant on remarque extérieurement un développement du côté de la poitrine qui contient la matière purulente, et même par fois on distingue une tumeur qui fait saillie entre deux côtes. On a vu aussi des ulcérations s'établir entre un ou plusieurs espaces intercostaux, et livrer passage à la suppuration. On trouve dans la collection du docteur *Hunter* une pièce pathologique, dans laquelle le pus s'échappait de la poitrine par des ouvertures établies dans les espaces intercostaux.

Hydrothorax.

Souvent la poitrine contient, dans une de ses cavités, ou dans toutes les deux, un fluide séreux ; cette collection constitue la maladie connue sous le nom d'hydrothorax. Elle est souvent accompagnée de l'amas d'une certaine quantité de sérosité dans les autres parties du corps, principalement dans le péricarde et le tissu cellulaire des extrémités inférieures. Dans l'hydrothorax le fluide est ordinairement d'une couleur brune ou jaune, quelquefois elle est rouge, et doit cette teinte au mélange de quelques globules rouges du sang. Ce fluide a toutes les propriétés du serum. La quantité de ce liquide varie beaucoup ; on en a trouvé par fois quelques onces seulement, d'autrefois on

en a rencontré plusieurs pintes. Quand il est accumulé en grande quantité dans un des côtés de la poitrine, ce côté paraît plus développé; et quand après la mort la poitrine est ouverte, on trouve le poumon plus ou moins comprimé par l'épanchement. J'ai vu une semblable compression réduire le poumon au volume du poing fermé.

On trouve aussi de la sérosité dans la cavité de la poitrine quand il existe des adhérences nombreuses. Ce phénomène prouve qu'une inflammation interne a préexisté dans cette région; que cette inflammation en déterminant l'exhalation d'une quantité considérable de sérosité, y a laissé le principe de l'hydrothorax (1).

Plèvre presque desséchée.

En ouvrant la cavité thorachique, on trouve une humidité considérable à la surface de la plèvre; cette humidité est destinée à lubrifier la surface des poumons et à faciliter leurs mouvemens. J'ai néanmoins observé quelquefois

(1) Cette circonstance est consignée dans plusieurs observations de *Kruikskank*, dans son Traité sur le système absorbant. (*V.* deuxième édition, p. 116.)

que cette humidité n'existait qu'en très-petite quantité, en sorte que la plèvre était presque sèche. Ce phénomène était dû ou à la faiblesse de l'action des vaisseaux exhalans distribués à la plèvre, ou à l'action augmentée de ses vaisseaux absorbans.

Ossification de la Plèvre.

On trouve rarement une portion de la plèvre convertie en une matière osseuse. Cette ossification consiste en une lame mince, qui quelquefois recouvre assez largement la surface de la plèvre; dans tous les cas que j'ai observés, cette matière m'a paru ressembler exactement aux autres os. Je ne l'ai jamais vue former une masse épaisse et irrégulière, mais toujours offrir une lame mince. Il serait très-difficile de déterminer la cause de ce travail pathologique; mais on ne peut douter que cette ossification ne soit l'ouvrage des petits vaisseaux de la plèvre qui séparent du sang la matière osseuse.

Ce travail n'est pas borné à la plèvre, il s'établit dans presque toutes les parties du corps; je crois pourtant qu'on l'observe plus fréquemment dans la plèvre que dans les autres membranes de la même organisation : dans le cas que j'ai observé, ce phénomène paraissait n'avoir produit que peu d'inconvéniens. On n'a

point trouvé de traces d'inflammation ni dans la plèvre qui environnait l'ossification, ni dans le parenchyme du poumon qui était recouvert par cette même ossification ; on doit pourtant penser que si cette ossification développée irrégulièrement, présentait des pointes aiguës, elle exciterait de l'inflammation et serait le principe d'une maladie funeste (1).

Symptômes.

Les symptômes qui accompagnent l'inflammation de la plèvre sont les suivans : fièvre symptomatique plus ou moins intense, douleur aiguë dans une région de la poitrine, le plus souvent dans un des côtés ; cette douleur est augmentée par l'inspiration : très-grande difficulté de se coucher sur le côté malade, difficulté de respirer ; toux d'abord sèche, puis accompagnée de la secrétion et de l'expectoration de matières muqueuses fournies par la membrane interne de la trachée et de ses branches.

Souvent l'inflammation de la plèvre ne pré-

---

(1) *Sœmmerring* rapporte une observation dans laquelle une portion du poumon a été trouvée enflammée et en suppuration sous une ossification de la plèvre. *Voy.* Sœmmerring, *Germ. translat.*, de l'Anatomie pathologique, p. 43.

sente pas les symptômes décrits ci-dessus, ou quand ces symptômes existent, ils sont tellement obscurs qu'ils ne peuvent pas être appréciés. En examinant la poitrine des adultes après la mort, on rencontre presque toujours des adhérences qui naissent de la surface des poumons avec les parois de la poitrine, et pourtant les symptômes évidens de pleurésie ne sont pas très-fréquens. Il est probable qu'une légère inflammation peut atteindre la plèvre de manière à séparer la lymphe coagulable, source des adhérences, sans pourtant que le malade se plaigne de maladie du thorax : en écartant cette supposition, on doit croire que la lymphe coagulable est fournie par la surface de la plèvre et les adhérences formées sans inflammation ; mais cette conjecture est moins probable que la première.

Quand les adhérences sont assez longues pour permettre le libre mouvement des poumons, la respiration n'est presque pas lésée ; mais quand ces adhérences sont courtes, et qu'elles fixent d'une manière intime les poumons aux parois de la poitrine, si sur-tout elles existent dans toute la cavité thorachique, alors la respiration est difficile et accompagnée de toux, mais il n'y a point de fièvre.

L'empyème se reconnaît d'une manière cer-

taine après l'inflammation de la plèvre ou des poumons, par des frissons, par la diminution de la douleur, par la toux, par la difficulté de respirer, et par le décubitus du malade qui se couche plus aisément du côté de l'épanchement que du côté opposé. Quelquefois il existe un développement sensible du thorax, du côté qui contient l'épanchement.

Une collection de sérosité dans la poitrine peut être reconnue aux symptômes suivans :

Très-grande difficulté de respirer ; le malade ne peut rester couché, à moins qu'on n'élève sa tête et la partie supérieure du tronc (1) ; son sommeil est souvent interrompu par des craintes et par des rêves pénibles. Les urines sont peu abondantes, les jambes sont œdématiées. Le pouls n'offre pas toujours de l'irrégularité ; la pâleur de la face est accompagnée de la couleur purpurine des lèvres et des joues, si ces dernières conservent encore un reste de coloration. Cet effet est le résultat de l'impossibilité dans

---

(1) Le malade fléchit le corps en avant ; il appuie ses deux coudes sur une table ou sur ses deux genoux, et soutient son front avec la paume de ses mains. Telle est l'attitude, pour ainsi dire, *pathognomonique*, que l'on observe chez tous les sujets atteints d'hydrothorax.

(*Note du Traducteur.*)

laquelle se trouvent les poumons de se développer suffisamment pour admettre la quantité d'air nécessaire pour donner la couleur rouge au sang qui parcourt les branches de l'artère pulmonaire.

Quand l'ossification de la plèvre est peu étendue, la respiration n'est point gênée ; mais quand elle est considérable, elle doit occasionner la difficulté de respirer, en empêchant, selon le siège qu'elle occupe, ou l'entier développement des poumons, ou le libre mouvement des côtes. On connaît des exemples de respirations difficiles déterminées par cette cause.

Quand l'ossification a produit l'inflammation de la plèvre et des poumons, les symptômes d'inflammation décrits plus haut se manifestent; mais probablement dans quelques cas, il existe des symptômes particuliers dépendant principalement des différens degrés d'irritabilité des différentes constitutions ; dans un cas de cette espèce on observa des paroxysmes de difficulté de respirer presque convulsive, des palpitations, un pouls vîte et irrégulier, et un sentiment de suffocation imminente (1).

---

(1) *Voyez* les Observations de M. *Weldon*, sur la chirurgie, pag. 75 et 76.

CHAPITRE IV.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DES POUMONS.

Inflammation.

L'INFLAMMATION du parenchyme pulmonaire existe rarement sans celle de la plèvre : c'est du moins ce que j'ai observé. Quand une portion du poumon est enflammée, sa substance spongieuse paraît plus rouge que de coutume ; la couleur offre une nuance plus brillante, mais elle est noire sur quelques points. Ce phénomène est dû au développement des petits vaisseaux distribués aux cellules des poumons devenus assez larges pour admettre les globules rouges du sang. Quelquefois on trouve dans la substance des poumons de la lymphe ou du sang extravasé. On y a, dit-on, trouvé aussi quelquefois une quantité de sang très-considérable. Un tel fait ne s'est jamais présenté à mon observation.

La portion enflammée des poumons devient plus pesante que dans son état naturel, par l'accumulation du sang et par extravasation de la lymphe coagulable qui quelquefois se change

en sérosité. En pressant cette portion enflammée entre les doigts, on lui trouve de la solidité; la crépitation qui appartient à l'état de santé n'existe plus. Ce phénomène cependant est plus ou moins manifeste, selon le degré de l'inflammation.

La plèvre qui recouvre la portion enflammée du poumon est fréquemment atteinte d'inflammation; on remarque sur cette membrane une grande quantité de petits vaisseaux rouges et une couche de lymphe coagulable.

Cette inflammation des poumons doit être distinguée de l'accumulation du sang déterminée après la mort par la gravitation. La situation horizontale du cadavre favorise l'accumulation du sang à la région postérieure des poumons; cette accumulation leur donne une couleur plus foncée et augmente leur pesanteur. Dans ce cas, on ne trouve ni petits vaisseaux remplis de sang, ni traces d'inflammation de la plèvre. Quand le sang amassé dans une partie du poumon a obéi après la mort à la gravitation, il est toujours d'une couleur noire; mais quand cette accumulation est due à l'inflammation, la portion enflammée paraît très-vermeille.

Abcès.

On trouve souvent des abcès dans les poumons. Quelquefois le pus est contenu dans de petites cavités, d'autrefois les cavités sont larges; en sorte que la plus grande partie de la substance du poumon est détruite. Ces cavités quelquefois ne communiquent qu'avec les branches de la trachée, qui ont été détruites par les progrès de l'ulcération; d'autrefois elles s'ouvrent dans la cavité de la poitrine, y versent la suppuration qu'elles contiennent, pour former la maladie connue sous le nom d'empyème. Quand les abcès sont profondément situés dans la substance du poumon, la plèvre n'est point altérée; mais cette membrane est presque toujours enflammée quand les abcès sont formés à la surface. Les portions du poumon qui environnent un abcès terminant une inflammation ordinaire, présentent une densité de tissu qu'elles doivent à la séparation de la lymphe coagulable par les progrès de l'inflammation. Quand les abcès sont scrophuleux, quelquefois le parenchyme pulmonaire du voisinage n'offre pas plus de fermeté que dans son état naturel. Ce phénomène s'observe plus particulièrement quand les abcès sont petits et sont très-éloignés l'un de l'autre. Quand une portion du poumon

contient beaucoup de tubercules, et que plusieurs d'entre eux sont convertis en abcès, la substance intermédiaire du parenchyme pulmonaire est souvent très solide (1). En suivant les vaisseaux sanguins dans les abcès des poumons, je les ai trouvés très-contractés à leur entrée dans l'abcès, en sorte que l'ouverture de leur extrémité était entièrement fermée. Dans cette circonstance, on prend une sonde que l'on pousse avec force pour ouvrir de nouveau leur extrémité. Le sang est coagulé dans ces vais-

---

(1) J'ai remarqué une disposition toute contraire en ouvrant le thorax de M. *Parmentier*, mort au mois de décembre 1813. Ce respectable vieillard, qui consacra sa longue et douloureuse carrière au bien de son pays, éprouva pendant plus de trente ans des dyspnées fréquentes et presque habituelles. Des accès d'asthme qui pouvaient faire craindre la suffocation, une toux fatigante, une expectoration abondante et pénible, un état fébrile et continu tourmentèrent sur-tout les dernières années de sa vie. Le thorax seul offrit des phénomènes pathologiques; les plèvres adhéraient tellement aux poumons et aux côtes, qu'il fut impossible de les détacher sans les déchirer. Les deux poumons, particulièrement le droit, offraient dans leur désorganisation des tubercules nombreux, baignés par une suppuration abondante; le parenchyme pulmonaire était de plus converti en une espèce de putrilage rougeâtre sanieux, et d'une fétidité extrême.

(*Note du Traducteur.*)

seaux contractés, ainsi qu'on l'observe en pareil cas dans les autres parties du corps (1). Ce changement remarquable dans les vaisseaux sanguins a sans doute pour but de prévenir les hémorrhagies abondantes qui deviendraient très-promptement funestes.

Tubercules.

Aucune des altérations du poumon n'est aussi fréquente que celle connue sous le nom de tubercule. Le tubercule est un corps blanc arrondi, et répandu dans la substance pulmonaire. Il est probablement formé dans le tissu cellulaire qui réunit les cellules aériennes des poumons. Cette affection n'appartient point aux glandes, ainsi qu'on l'a souvent répété. Il n'existe point de glandes dans le tissu cellulaire des poumons. Et dans l'intérieur des branches de la trachée occupé par des follicules glanduleux, on n'a jamais observé de tubercules. Les tubercules sont d'abord aussi petits que des têtes d'épingles, et dans ce cas, ils sont souvent réunis en petits pelotons. Ces petits tubercules se réunissent sans doute pour en former un plus gros. La dimension la plus or-

(1) *Voyez* les ouvrages du docteur *Stark*, p. 28.

dinaire des tubercules est celle d'un pois de jardin ; cependant cette dimension présente beaucoup de variétés. Ils adhèrent d'une manière très-intime à la substance du poumon dépourvu d'enveloppe ; ils ont peu ou point de vaisseaux. Quand on les incise, ils offrent une substance blanchâtre, uniforme, d'un tissu dense ; quelquefois un de leurs points contient un pus épais et grumelé. Quand un tubercule est presqu'entièrement converti en suppuration, il a l'apparence d'une capsule blanche qui contient du pus. Quand plusieurs tubercules assez considérables se sont réunis pour former une masse tuberculeuse très-étendue, en incisant cette masse, on y trouve ordinairement de la suppuration. Le pus est souvent épais et grumelé ; mais quand sa quantité est considérable, il est plus liquide et ressemble beaucoup au pus fourni par un ulcère. En incisant la substance du poumon, on trouve quelquefois des abcès qui proviennent de tubercules déjà en suppuration. Les interstices de ces tubercules présentent un parenchyme pulmonaire plus dur et plus dense avec l'oblitération plus ou moins complète des cellules aériennes. Dans quelques circonstances néanmoins la circonférence des abcès conserve son intégrité naturelle.

J'ai quelquefois observé un grand nombre

de petits abcès disséminés dans la substance pulmonaire ; ces abcès n'excédaient pas le volume d'un pois. Le pus de ces abcès, plus épais que celui qui termine les inflammations ordinaires, ressemble au pus des scrophuleux. Il est probable que ces abcès ont été produits par la suppuration de plusieurs petits tubercules isolés. La substance pulmonaire qui entoure ces abcès offre souvent un état d'intégrité parfaite ; les cellules ne sont pas oblitérées par des points d'adhérence.

Les tubercules convertis en abcès constituent la phthisie pulmonaire, une des maladies les plus désastreuses de cette île. On a quelquefois trouvé des tubercules dans le poumon des enfans du premier âge ; par exemple, de deux ou trois ans, mais le plus souvent on les rencontre peu de temps avant le développement complet de la constitution. Ils se forment aussi quelquefois dans un âge avancé.

En incisant les poumons, quelquefois une portion considérable de leur parenchyme paraît convertie en une matière molle blanchâtre, tenant le milieu entre un solide et un liquide, ainsi que serait une glande scrophuleuse commençant à suppurer. Ce phénomène est produit, je pense, par une matière scrophuleuse déposée dans le tissu cellulaire d'une portion du pou-

mon menacée de suppuration. Cette matière me paraît la même que celle des tubercules disséminés d'une manière uniforme sur une portion considérable des poumons, tandis que le tubercule est circonscrit.

Tubercule mou et pulpeux.

J'ai rencontré dans la substance du poumon une autre espèce de tubercule que je crois très-rare. Elle consiste en une tumeur molle formée d'une substance unie et d'une couleur brune. Elle n'est pas contenue dans une membrane particulière, mais elle adhère immédiatement au parenchyme pulmonaire; plusieurs de ces tumeurs incisées n'ont offert aucune suppuration. Elles avaient le volume d'une groseille et se trouvaient particulièrement situées à la surface du poumon; plusieurs néanmoins éparses dans le parenchyme pulmonaire ne présentaient qu'une très-petite dimension. Ces tumeurs ont un aspect bien différent de celui qui appartient au tubercule ordinaire que j'ai décrit plus haut.

Sérosité accumulée dans la substance du Poumon.

L'organisation du poumon se compose de cellules aériennes et du tissu cellulaire qui se

distribue à tous nos organes. Ce tillu cellulaire présente toujours un certain degré d'humidité destiné à faciliter les mouvemens de resserrement et de dilatation des poumons. La quantité de cette humidité offre des différences selon les sujets, ainsi qu'on peut le constater en incisant le parenchyme pulmonaire. Le plus ordinairement on voit s'échapper des surfaces de l'incision plus ou moins de fluide séreux mêlé de globules d'air. Quelquefois cependant ce liquide est si considérable, qu'il constitue la maladie connue sous le nom d'anasarque des poumons. Je n'ai point rencontré cette affection, mais elle a été observée par d'autres praticiens (1). Il est presque superflu de dire que plus l'accumulation de la sérosité est considérable, plus les cellules aériennes sont comprimées de manière que les poumons ne peuvent plus admettre la quantité d'air nécessaire pour rendre au sang le principe de la vie.

Poumons distendus par l'air.

En ouvrant la poitrine, il n'est pas rare de voir les poumons, au lieu de s'affaisser, remplir exactement la cavité thorachique de chaque

(1) Voyez *Sæmmerring*, Translations Germaniques de l'Anatomie pathologique, pag. 45.

côté du cœur. Les cellules sont remplies d'air; on aperçoit un nombre considérable de vésicules blanches sur la surface du poumon située immédiatement au-dessous de la plèvre; les branches de la trachée sont souvent alors remplies de mucosités.

Cellules aériennes des Poumons très-élargies.

Les poumons offrent quelquefois des cellules très-développées, phénomène qui leur donne quelque ressemblance avec les poumons des amphibies. Je n'ai pas vu trois cas de cette espèce. La cause de cet élargissement ne peut appartenir qu'à la difficulté avec laquelle l'air s'échappe du poumon; cette difficulté produit son accumulation dans le parenchyme pulmonaire. Il est probable que cette accumulation rompt deux ou trois cellules aériennes pour n'en former qu'une, qui, dans ce cas, offre des dimensions considérables.

Vésicules aériennes fixées sur le bord du Poumon.

On a trouvé sur le bord des poumons des vésicules qui contenaient de l'air; ces vésicules ne communiquent pas néanmoins avec la substance pulmonaire, mais elles se complètent

elles-mêmes. Au premier coup-d'œil, on pourrait croire que ces vésicules ne sont que le résultat de quelques cellules aériennes élargies; mais comme elles ne communiquent pas avec les cellules aériennes, cette opinion n'est qu'hypothétique : il est plus vraisemblable qu'elles appartiennent à un état pathologique, et qu'elles sont formées de la même manière que les vésicules aériennes observées sur les intestins et le mésentère de plusieurs quadrupèdes, et que les petits vaisseaux sanguins qui se ramifient à la surface de ces vésicules ont la propriété de secréter de l'air (1).

Poumons hépatisés.

Les poumons sont quelquefois convertis en une substance solide, qui ressemble beaucoup au foie, elle en a presque la solidité et l'aspect. Je n'ai vu qu'une seule fois ce phénomène, et je suis disposé à croire qu'il a été produit par une inflammation intense, pendant laquelle une grande quantité de lymphe coagulable s'est extravasée dans la substance des poumons. Cette extravasation a donné au tissu pulmonaire une grande solidité, et l'histoire des symptômes qui ont annoncé ce phé-

(1) *Voyez* l'Economie Animale de *Hunter*, p. 165.

nomène pathologique, milite en faveur de notre opinion. Les symptômes sont ceux qui sont produits par l'inflammation des poumons.

Poumons ossifiés.

Une portion des poumons est quelquefois convertie en une substance osseuse : cette maladie est très-rare. Dans ce cas, les petits vaisseaux qui se ramifient dans la substance pulmonaire séparent du sang une matière osseuse. Dans le seul cas de cette espèce que j'ai pu observer, l'ossification s'est faite rapidement ; le sujet, avant de succomber, éprouva une grande difficulté de respirer, mais cette difficulté n'exista que quelques semaines ; chacun des poumons avait subi le même degré d'altération, qui avait fait des progrès considérables. Dans le cas particulier dont je parle, la constitution du sujet présentait une très-forte disposition à l'ossification : une tumeur osseuse, très-considérable, s'était développée autour d'un des genoux ; aussitôt que l'amputation eut emporté le genou et la jambe malade, la difficulté de respirer se manifesta ; cette difficulté fut le résultat de l'ossification d'une partie des poumons ; dans ce cas, il y eut transport morbifique de l'extérieur à l'intérieur, ainsi qu'on l'observe dans les affections goutteuses ou rhumatismales.

Tumeur solide comprimant les Poumons.

J'ai vu aussi une tumeur aussi grosse qu'une orange, fixée sur le bord d'un des poumons par une connexion membraneuse, assez lâche; un certain degré de compression était occasionné par cette tumeur, dont la substance poreuse n'offrait ni la structure squirrheuse, ni la structure scrophuleuse, mais présentait un trou qui paraissait lui appartenir essentiellement.

Concrétions terreuses dans les Poumons.

On a trouvé, quoique très-rarement, des concrétions terreuses dans les poumons; souvent ces concrétions sont petites, mais quelquefois elles offrent des dimensions très-étendues (1); on a même vu une portion considérable du poumon convertie en une substance terreuse (2).

Hydatides.

Des hydatides se forment parfois dans les poumons, et quelques-unes sont rejetées par

---

(1) Voyez *Morgagni*, épit. XVII, art. 19; épit. XV, art. 25.

(2) Voyez *Morgagni*, épist. XXII, art. 15.

l'expectoration, elles ne diffèrent point des hydatides formées dans le foie : je donnerai plus tard des détails sur ces dernières.

Symptômes.

Les symptômes de l'inflammation du poumon ont une grande analogie avec ceux de la pleurésie, et même l'inflammation du parenchyme pulmonaire est presque toujours accompagnée de l'inflammation de la plèvre, en sorte qu'il est très-difficile, dans la pratique, de distinguer ces deux inflammations. Mais cette distinction est peu importante, puisque les moyens curatifs sont les mêmes. Quand l'inflammation du poumon existe sans affection de la plèvre, l a douleur de la poitrine est moins aiguë que dans la pleurésie, le pouls est moins dur, la respiration est très-difficile, les veines du cou sont gorgées de sang, la tuméfaction de la face est accompagnée de la couleur purpurine des lèvres et des joues. Ces phénomènes sont dus au sang veineux qui traverse difficilement le tissu enflammé des poumons. Cette difficulté dépend de l'extravasation de la lymphe coagulable dans une grande étendue du parenchyme pulmonaire, qui empêche les poumons de se développer, et comprime plusieurs cellules aériennes, en sorte que la quantité d'air

nécessaire au renouvellement complet de la couleur du sang, ne peut être admise dans l'organe pulmonaire. La terminaison par suppuration de l'inflammation des poumons se reconnaît à des frissons, à la diminution de la douleur thorachique et à une expectoration purulente.

Les tubercules formés dans le poumon, et qui ne tendent pas à la suppuration, sont accompagnés d'une toux légère, fréquemment de difficulté de respirer, d'un sentiment de douleur légère dans un des points de la poitrine, et d'un pouls quelquefois accéléré; tels sont les symptômes qui signalent ordinairement la phthisie pulmonaire, et qui sont souvent négligés par les malades eux-mêmes et par leurs amis. Quand les tubercules commencent à suppurer, la formation des abcès s'annonce par l'expectoration d'un pus épais, teint quelquefois de sang, par l'émaciation, la faiblesse, et cette affection particulière du systême général, connue sous le nom de fièvre hectique. Je ne connais point les symptômes qui accompagnent les tubercules bruns des poumons.

Quand les cellules du poumon offrent des dimensions considérables, la respiration est long-temps difficile, mais je ne crois pas qu'il existe, jusqu'à présent, des symptômes qui puissent faire distinguer cette disposition par-

ticulière de plusieurs autres phénomènes thorachiques.

Dans le cas où le poumon a été hépatisé, on a remarqué des symptômes semblables à ceux qui accompagnent l'inflammation des poumons. Je suis disposé à croire que ce phénomène pathologique des poumons est dû à la lymphe coagulable extravasée dans leur parenchyme pendant un travail inflammatoire très-intense.

Les concrétions terreuses formées dans les poumons produisent de la difficulté de respirer et de la toux; quelquefois plusieurs de ces concrétions sont rejetées par l'expectoration, circonstance qui établit alors le caractère de l'affection; sans elle il serait impossible de distinguer cette maladie de toutes celles qui assiégent la poitrine (1).

---

(1) J'ai vu à la Maison de santé, pendant le mois d'octobre 1814, un malade qui, en dix jours, rejeta trois concrétions de cette espèce. Ces concrétions, grosses à-peu-près comme un pois de jardin, étaient blanches, irrégulières et très-dures. Leur expulsion avait été le résultat de quintes de toux fréquentes et presque convulsives. Ce malade, âgé de quarante ans, m'a dit qu'il toussait depuis sa plus tendre enfance; il jouissait d'ailleurs d'une constitution assez robuste en apparence. (*Note du Traducteur.*)

Les hydatides formées dans les poumons occasionnent de la toux, de la difficulté de respirer, et un peu de fréquence dans le pouls, elles sont quelquefois expulsées par une quinte violente de toux, et leur expectoration peut seule faire reconnaître cette maladie dans le corps vivant.

CHAPITRE V.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DE LA GLANDE THYROÏDE, DU LARYNX, ET DES PARTIES CONTENUES DANS LE MÉDIASTIN POSTÉRIEUR.

Avant de décrire les phénomènes pathologiques des parties contenues dans le médiastin postérieur, il est nécessaire de parler des changemens morbifiques auxquels la glande thyroïde et le larynx sont exposés. Ces organes ont avec la trachée une telle connexion, que la description des changemens qu'ils peuvent éprouver ne saurait être mieux placée.

Inflammation de la Glande thyroïde.

La glande thyroïde est quelquefois atteinte d'inflammation; ce phénomène toutefois s'ob-

serve rarement : on ne connaît point de cause particulière qui puisse produire cette inflammation ; mais cette glande paraît aussi peu exposée à cette affection que les autres glandes de l'économie animale. Quand la glande thyroïde est enflammée, elle présente les phénomènes qui appartiennent à l'inflammation du tissu des autres organes. Ses vaisseaux sanguins acquièrent des dimensions plus considérables, et le nombre des ramifications capables de contenir les globules rouges du sang se multiplient : aussi paraît-elle offrir plus de vaisseaux que dans l'état naturel ; augmentée de volume, elle paraît plus ferme au toucher que dans l'état de santé. Ces phénomènes sont produits en partie par une circulation plus active, en partie par de la lymphe coagulable extravasée, et peut-être par l'infiltration du sang dans son tissu.

Bronchocèle ou Goître.

Le phénomène pathologique auquel la glande thyroïde est le plus exposée, est cette tumeur appelée bronchocèle ; elle se développe facilement sur différens individus de la même famille. Les femmes sont plus exposées à cette affection que les hommes ; elle se manifeste plus fréquemment dans certains cantons que dans

d'autres ; elle paraît sur-tout régner dans les pays montagneux.

Le volume de la glande thyroïde dans le bronchocèle présente souvent des dimensions considérables; quelquefois cette glande se développe d'une manière irrégulière, et forme des tumeurs qui s'avancent sur la partie antérieure du col. Cette irrégularité est plus fréquente dans la partie de la Savoie, où cette maladie est endémique, que dans la Grande-Bretagne.

Quand on incise une glande thyroïde atteinte de cette affection, elle présente un grand nombre de cellules qui contiennent un fluide transparent et visqueux. Ces cellules offrent des dimensions variées dans le développement de la même glande, et dans les différentes tumeurs de la même espèce, chez les différens individus. Quelques-unes d'elles sont parfois assez grandes pour contenir un petit pois ; mais elles sont pour la plupart beaucoup plus petites. Le liquide visqueux est changé en une gelée transparente, quand la glande a été pendant quelque temps plongée dans des spiritueux. Ces détails sur les changemens de tissu dans le bronchocèle nous disposent à croire que la tumeur dépend d'une secrétion viciée et augmentée dans cet organe glanduleux. La secrétion très-

abondante distend progressivement les cellules, augmente leur capacité, et l'élargissement de ces cellules constitue la tumeur générale de cette glande (1).

Squirrhe de la Glande thyroïde.

La glande thyroïde est quelquefois squirrheuse; mais elle est moins exposée à cette affection que plusieurs autres glandes. Quand elle présente cet état pathologique, ses dimensions sont augmentées, mais pas à un degré considérable; elle est dure au toucher. Quand on l'incise, on trouve une substance solide bien différente de l'organisation cellulaire si remarquable dans le bronchocèle.

Cette glande acquiert une augmentation de

---

(1) Quand on n'a pas visité dans leurs misérables cabanes cette espèce d'hommes dégénérés connue sous le nom de *cretins*, il est impossible de se faire une idée du développement que peut acquérir en totalité ou en partie la glande thyroïde. Tantôt elle est transformée en une masse énorme, tantôt elle se partage en trois ou quatre mamelons dont le balottement offre un aspect hideux. Remarquables sur-tout par leur petite taille, les *cretins* ont tous le visage blême, l'œil terne, et un air d'idiotisme qui annonce qu'ils sont aussi mal partagés du côté des facultés intellectuelles que du côté des facultés physiques.

(*Note du Traducteur.*)

volume et de la dureté, qua nd de ulcères occupent la partie supérieure de l'œsophage. Cet effet est souvent le résultat des progrès de l'ulcère de l'œsophage qui s'étend jusqu'à la glande thyroïde. Les mêmes phénomènes ont été néanmoins observés, sans que l'ulcère eût fait autant de progrès, et la glande thyroïde conservant son intégrité. Ce fait nous dispose à croire à l'existence de plusieurs conduits de communication établis entre la glande thyroïde et la partie supérieure de l'œsophage. Plusieurs anatomistes ont cru à l'existence de ces conduits; mais jusqu'ici cette existence n'a pas été démontrée (1).

Glande thyroïde ossifiée.

La glande thyroïde, en totalité ou en partie, est quelquefois chez les vieillards convertie en une masse osseuse; mais cette maladie est très-rare. Ordinairement elle n'entraîne pas, je pense, de conséquence très-fâcheuse: on doit pourtant supposer que cette masse osseuse, en se développant d'une manière irrégulière, peut quelquefois irriter le larynx ou la partie supérieure de la trachée, au point de produire l'inflammation et l'ulcération de cet organe, et devenir funeste.

(1) Quelquefois la glande thyroïde squirrheuse finit par

Larynx. Cartilages du Larynx ossifiés.

Les cartilages du larynx s'ossifient quelquefois vers le moyen âge, ou à une époque de la vie plus avancée. Quand le larynx n'offre point une disposition très-prononcée à l'ossification, quelques portions du cartilage thyroïde s'ossifient ; mais quand cette disposition existe à un haut degré, tous les cartilages sont convertis en une substance osseuse. Quand ce phénomène se manifeste, cet organe est sujet aux mêmes accidens que les autres os. Aussi a-t-on observé dans de pareilles circonstances des exfoliations rejetées dans un violent accès de toux ou de vomissement. Le docteur *Hunter* a observé une fois l'ossification du cartilage cricoïde, qui s'exfolia complètement, et fut rejeté par la toux. Il ne faut pourtant pas croire, d'après ce qui vient d'être dit, que les cartilages du larynx ossifiés soient plus exposés que les autres os à la nécrose ou à l'exfoliation. Les circonstances dans lesquelles cette exfoliation a

---

offrir les symptômes du cancer. On a sur-tout remarqué que cette dégénérescence était produite par les différens topiques irritans appliqués sur cette glande pour tâcher d'obtenir la réduction de son volume.

(*Note du Traducteur.*)

été observée, sont, je pense, extrêmement rares.

Ulcères dans la cavité du Larynx.

La membrane interne du larynx est très-disposée à l'inflammation, et cet état pathologique lui est souvent commun avec la membrane interne de la trachée, comme nous le dirons plus tard. Quelquefois cependant l'inflammation est bornée à la cavité du larynx et se termine par suppuration. J'ai rencontré plusieurs exemples de cette terminaison. La suppuration se forme le plus souvent dans les ventricules du larynx; les ulcères que j'ai observés dans cet organe étaient entourés d'un engorgement scrophuleux (1).

Phénomènes pathologiques des Organes contenus dans le Médiastin postérieur.

Le médiastin postérieur est cet espace situé

---

(1) Non-seulement la membrane qui tapisse le larynx, mais les cartilages qui constituent cet organe, sont souvent affectés. La carie de ces cartilages s'observe fréquemment. On la rencontre sur-tout chez les chanteurs, les crieurs de Journaux, les femmes de la Halle, en un mot, chez les sujets qui fatiguent beaucoup l'organe de la voix.

(*Note du Traducteur.*)

entre les replis de la plèvre qui, de la racine du poumon, s'étend de chaque côté de la colonne vertébrale. Cet espace présente des dimensions assez considérables pour contenir une portion de la trachée-artère, de l'œsophage, du canal thorachique, de l'aorte descendante, la veine azigos et des glandes lymphatiques.

Phénomènes pathologiques de la Trachée.

La membrane interne de la trachée est souvent enflammée plus ou moins vivement. Dans cet état elle est parcourue par une grande quantité de petits vaisseaux. Quand il n'existe point d'inflammation, on observe dans le cadavre une membrane blanche, pulpeuse, offrant rarement quelques petits vaisseaux rouges ramifiés à sa surface. Quand cette membrane est enflammée, la secrétion de ses glandes est augmentée, on trouve dans sa cavité une grande quantité de matières muqueuses; on y trouve même quelquefois de la suppuration, et ces différentes matières sont souvent mêlées à quelques globules d'air. Tel est l'état de la trachée dans les catharres violens, et dans quelques cas d'abcès scrophuleux formés dans les poumons. On peut rencontrer aussi les mêmes phénomènes dans la membrane interne du larynx.

Aspect de la Trachée dans le Croup.

Quand la membrane interne de la trachée est enflammée, elle est quelquefois tapissée d'une couche de matière pulpeuse et jaunâtre ; cette matière n'adhérant pas fortement à la membrane interne, peut en être aisément séparée. Cette couche s'étend de la partie supérieure de la cavité du larynx dans les petites branches de la trachée, qui se distribuent à la substance des poumons. Il existe en même-temps dans la trachée et ses branches beaucoup de mucosités mêlées à de la suppuration. Tels sont les phénomènes que présente l'intérieur de la trachée chez les sujets morts du croup (1).

Polype.

La trachée et ses branches sont par fois tapissées par une couche de matière jaunâtre ou blanchâtre, formant une espèce de tube faiblement attaché à leur surface interne. Je ne l'ai

---

(1) J'ai trouvé une suppuration abondante qui remplissait le larynx et la partie supérieure de la trachée un enfant de trois ans mort en vingt-huit heures du croup. La membrane était très-injectée.

(*Note du Traducteur.*)

jamais rencontré dans les cadavres que j'ai examinés ; mais j'en ai vu plusieurs exemples réunis dans des collections de pièces anatomiques. La membrane interne de la trachée paraît conserver toute son intégrité, et la couche membraneuse accidentelle ressemble exactement à la lymphe coagulable qu'on rencontre dans les autres régions du corps ; aussi je ne doute pas que ce ne soit cette substance. Comme cette affection à laquelle on a donné le nom de polype, existe très-long-temps, sans aucun symptôme inflammatoire, il est probable que les vaisseaux de la membrane interne de la trachée ont la propriété de séparer du sang cette lymphe coagulable, et que cette maladie consiste dans l'action particulière de ces vaisseaux.

La trachée est quelquefois remplie d'une substance solide de la même espèce que celle que j'ai décrite ; je n'en ai rencontré qu'un seul exemple, et ce phénomène doit être beaucoup plus rare que l'autre.

Les matières tubulées qui ont été rejetées de la trachée par la toux, et qui le plus ordinairement constituent la forme de ce polype, ont d'abord été considérées par des anatomistes très-distingués comme des vaisseaux sanguins. On doit s'étonner que ces anatomistes aient fait assez peu d'attention à la nature de ces

substances tubulées pour les confondre avec des vaisseaux sanguins ; il est encore plus surprenant que ces anatomistes n'aient point imaginé que des vaisseaux sanguins de cette dimension ne pouvaient pas être rejetés sans donner lieu à une hémorrhagie considérable. L'opinion la plus moderne sur ces substances tubulées, c'est qu'elles sont formées par un mucus desséché. Cette opinion, quoique moins déraisonnable que la première, est également mal fondée. Le mucus secrété par la membrane interne de la trachée, est le même que celui qui est secrété par la membrane interne du nez. Tout le monde connaît l'aspect du mucus du nez quand il est sec : le mucus desséché de la trachée devrait donc présenter les mêmes caractères. Les substances tubulées rejetées dans le polype de la trachée, offrent à l'œil un aspect bien différent ; et, comme je l'ai déjà remarqué, cet aspect est absolument le même que celui de la lymphe coagulable. L'influence de l'air, en considérant son action de l'extérieur à l'intérieur, est insuffisante pour dessécher le mucus, puisque ce mucus est fluide, même à la partie postérieure du nez.

Trachée squirrheuse.

J'ai vu le diamètre de la trachée retréci dans l'espace de deux ou trois pouces ; sa substance

était épaissie, et sa membrane interne présentait un grand nombre de petits tubercules durs. Cet état de la trachée était accompagné de l'affection squirrheuse des glandes absorbantes qui lui étaient intimement unies. Il m'a semblé que cette maladie établie dans les glandes avait atteint la trachée consécutivement.

Anneaux de la Trachée ossifiés.

Les anneaux de la trachée s'ossifient quelquefois ; quand l'ossification est peu considérable, les fonctions de la trachée en sont peu gênées ; mais quand les anneaux sont entièrement ossifiés, la flexibilité de la trachée est diminuée ; sa cavité ne peut pas, comme dans l'état de santé, être retrécie par l'action des fibres musculaires qui entrent dans son organisation. Le mucus qui s'amasse dans cette cavité ne peut donc pas être expectoré aussi facilement ; il est également probable que l'air n'en peut être expulsé en aussi petites colonnes ni avec autant de facilité.

Ulcères de la trachée.

La trachée est, je n'en doute pas, exposée à des ulcères déterminés par des causes qui agissent immédiatement sur elle ; mais dans le cas que j'ai rencontré, l'ulcération était unie à celle

de l'œsophage. Comme cet organe est plus sujet à cette espèce d'affection, il est probable que, dans ces circonstances, l'ulcération commençant par l'œsophage avait gagné la trachée.

Phénomènes pathologiques de l'OEsophage.

L'œsophage est souvent tapissé par une couche de lymphe coagulable qui est continue avec la cavité de la bouche.

On dit même que quelquefois cette couche s'étend sur tout le tube intestinal; mais je pense que ce phénomène est extrêmement rare, et qu'il se termine ordinairement à l'extrémité inférieure de l'œsophage.

La membrane interne de la bouche offre un plus grand nombre de vaisseaux que dans son état naturel; elle est d'une couleur rouge, mais à l'autopsie, cette couleur, plus rouge, s'aperçoit à peine sur l'œsophage. Cette maladie est connue sous le nom d'aphthes; on l'observe plus fréquemment sur l'homme vivant que sur le cadavre.

Resserrement spasmodique de l'OEsophage.

L'œsophage peut être resserré par la contraction d'une partie de ses fibres musculaires : cette maladie est plus commune chez les femmes, dont la constitution est plus délicate et plus

nerveuse ; quand on examine cette affection sur le cadavre, l'œsophage, plus ou moins contracté dans un de ses points, offre au toucher plus de dureté que de coutume, dureté qui appartient à tous les muscles en contraction. Ordinairement sa structure n'est pas altérée ; je crois devoir supposer que cette contraction peut être la source d'une maladie opiniâtre, et même funeste. Les fibres musculaires de l'œsophage peuvent comprimer sa membrane interne assez fortement pour exciter son inflammation, qui, si elle se terminait par suppuration, pourrait causer la mort.

Resserrement produit par les replis de la membrane interne de l'Œsophage.

J'ai rencontré une fois un resserrement très-extraordinaire de l'œsophage ; il était formé par les replis de la membrane interne, qui présentait sur un point un canal étroit qui pouvait à peine être franchi par un pois de jardin. Il n'existait cependant pas d'altération de structure dans la membrane interne ainsi contractée, et les fibres musculaires de l'œsophage qui l'environnaient étaient très-saines. J'ai su que cette maladie avait fait des progrès très-lents, car le sujet de cette observation se plaignit pendant

plusieurs années d'une déglutition difficile; il ne pouvait avaler que des substances d'un très-petit volume.

Resserrement accompagné d'ulcère.

L'ulcère est le phénomène pathologique le plus fréquemment observé dans l'œsophage. Les ulcères de ce conduit n'offrent quelquefois rien de particulier, mais le plus souvent ils sont accompagnés d'une affection squirrheuse. Quand ils succèdent à une inflammation ordinaire, le tissu de l'œsophage qui entoure immédiatement l'ulcère, est peu épaissi, et l'on aperçoit le caractère de l'érosion habituelle observée dans les ulcères; quand l'ulcère est d'une nature squirrheuse, les points de l'œsophage qui l'environnent sont très-épaissis, et leur tissu est très-dur. Quand on examine ce tissu, on trouve une substance ou toute charnue, ou séparée par des membranes, ou bien ce tissu est cartilagineux; dans ces circonstances, la cavité de l'œsophage est plus ou moins rétrécie; dans quelques cas, il existe une oblitération presque complète. Il est digne de remarque que ces ulcères ont le plus souvent leur siège ou immédiatement au-dessous du pharynx, ou près du cardia. Toute substance capable d'irri-

ter l'œsophage par des angles durs et aigus, doit nécessairement affecter l'œsophage dans le point où elle a d'abord pénétré ; c'est pour cette raison que, dans un œsophage prédisposé au squirrhe, un pareil accident peut devenir cause excitante, et la maladie occupe le plus fréquemment l'extrémité supérieure. Le cardia présente une direction particulière de fibres musculaires qui peuvent en partie agir comme un sphincter, et qui, dans quelques circonstances, déterminent sur ce point le rétrécissement du conduit. Cette disposition expose le cardia à être lésé par le passage de quelques substances dures, et peut être, en dernière analyse, la source d'un ulcère squirrheux. Tel est l'aperçu à l'aide duquel le docteur *Hunter* expliquait le siège plus fréquent des ulcères aux extrémités supérieure et inférieure de l'œsophage, et son opinion me paraît très-fondée. Il arrive néanmoins assez souvent que les ulcères de l'œsophage se développent spontanément, ou, en d'autres termes, à la suite de causes inconnues. Quand un ulcère occupe la partie supérieure de l'œsophage, il peut gagner la glande thyroïde : dans ce cas, la glande devient dure, volumineuse, et s'ulcère. Dans quelques circonstances, l'augmentation de cette glande peut exister sans que l'ulcère de l'œsophage ait atteint sa substance.

Œsophage cartilagineux.

Quelques anatomistes ont vu une portion de l'œsophage converti en cartilage ; ils ont observé que, dans ce point, ses diamètres étaient très-diminués (1). Ce n'était probablement qu'un exemple plus prononcé de la texture cartilagineuse que j'ai déjà décrite.

Fongus du Pharynx.

J'ai vu un fongus implanté sur la membrane interne du pharynx et de l'extrémité supérieure de l'œsophage, maladie heureusement très-rare. En l'incisant on apercevait une structure fibreuse disposée à angles droits sur la membrane où il s'insérait ; il était ulcéré à sa surface.

Tumeurs scrophuleuses du Pharynx.

J'ai vu une tumeur scrophuleuse occuper la région où finit le pharynx et commence l'œsophage. En l'incisant, on observait une substance qui ressemblait beaucoup à une glande absorbante devenue scrophuleuse; elle s'était développée sur la paroi qui est unie au larynx ; aussi le malade avait perdu non-seulement la possibilité

(1) Voyez *Bonnet*, tome II, pag. 32.

d'avaler, mais encore la faculté de parler, si ce n'est à voix très-basse.

Poche formée à la partie inférieure du Pharynx.

On a vu l'extrémité inférieure du pharynx former une poche considérable, et descendre derrière l'œsophage. Ce phénomène est très-rare; il en existe cependant un exemple dans la collection du docteur *Hunter*. Cette poche eut pour principe le séjour d'un noyau de cerise qui s'était formé un espèce de lit. Il conserva cette position pendant trois jours, après lesquels il fut rejeté à la suite d'une violente quinte de toux; une partie des alimens s'arrêtait toujours dans cette poche et l'augmentait progressivement. Enfin, dans l'espace de quatre ans, cette cavité fut convertie en une espèce de sac, qui pouvait contenir plusieurs onces de liquide. Ce sac se prolongeait derrière l'œsophage; il s'était établi entre l'une et l'autre des communications valvulaires; à mesure que le sac se développait, cette communication valvulaire devenait de plus en plus complète, jusqu'à ce qu'enfin tous les alimens arrêtés dans le sac ne purent plus parvenir à l'œsophage, ce qui fit périr le malade. L'extrémité inférieure du pharynx est peut-être la seule région de ce canal susceptible d'un tel phénomène. Le pharynx ne se contracte

pas progressivement de manière à se terminer insensiblement dans l'œsophage, mais il se resserre brusquement à son extrémité inférieure; ce resserrement forme un réduit dans lequel un corps étranger peut se loger. Ce phénomène s'observe sur-tout à la région postérieure, en sorte que si le réduit en question doit devenir une cavité, celle-ci descend derrière l'œsophage: les particularités appartenant à ce cas rare, ont été publiées dans les observations médicales (1).

Aorte descendante.

L'aorte descendante contenue dans le médiastin postérieur, présente rarement une autre affection, que l'anévrisme. Cet état pathologique de l'aorte consiste dans son développement considérable, dans l'épaississement de ses tuniques, qui peuvent alors être séparées avec beaucoup plus de facilité que dans l'état de santé. De petites lames osseuses minces sont souvent déposées derrière sa membrane interne. Je me suis déjà arrêté avec détails sur cette disposition particulière. Il est rare que cette partie de l'aorte soit frappée d'anévrisme, à moins que le systême artériel tout entier ne soit soumis à cette affection.

---

(1) *Voyez* les Observations Médicales, vol. III, p. 85.

Veine azygos variqueuse.

La veine azygos offre très-rarement une altération pathologique, je l'ai pourtant trouvée variqueuse et très-développée. Ce phénomène appartenait à des circonstances particulières; une portion considérable de la veine cave inférieure était oblitérée; le sang ne pouvait donc se diriger vers le cœur que par la veine azygos ordinaire et une autre veine placée du côté gauche. Ces deux vaisseaux devaient à l'effort du sang des dimensions considérables et un état presque variqueux. J'ai donné des détails sur ce cas dans les Transactions médicales et chirurgicales (1).

Veine azygos rompue.

On a vu la veine azygos rompue à la suite d'une distension violente déterminée par le sang (2). Je n'ai jamais rencontré ce phénomène; je le crois très-rare.

Canal thorachique variqueux.

Le canal thorachique est exposé à un très-petit nombre de maladies. J'ai seulement observé son développement et son état variqueux.

---

(1) *Voyez* page 125, vol. I.

(2) Voyez *Morgagni*, épit. XXVI, art. 29.

Dans le cas dont je parle, son diamètre était presque égal à celui de la veine sous-clavière; l'état des parties voisines ne peut faire expliquer ce phénomène; il n'existait point d'obstacle à l'entrée de ce canal dans le systême veineux, ce qu'on devait naturellement soupçonner. Les états pathologiques du canal thorachique ont été déjà publiés par M. *Cruikshauk*, dans son Traité sur les vaisseaux absorbans (1).

Canal thorachique oblitéré.

Le canal thorachique a quelquefois été oblitéré par une matière terreuse (2). L'oblitération du canal thorachique dans un de ses points, n'empêche pas nécessairement le chyle de pénétrer dans le systême veineux. Le canal thorachique fournit quelquefois des branches considérables qui se réunissent de nouveau au tronc. Si, dans cette supposition, il existait un point d'oblitération dans le canal principal entre l'origine et la terminaison de ces branches, celles-ci se développeraient de manière à porter tout le chyle dans le systême veineux.

---

(1) *Voyez* seconde édition, p. 207; et dans les planches, N.° V.

(2) Voyez *Lieutaud*, tome II, p. 93.

Canal thorachique rompu.

On a trouvé le canal thorachique rompu; mais ce phénomène est extrêmement rare.

Glandes lymphatiques atteintes de scrophules.

Les glandes lymphatiques situées dans le médiastin postérieur, sont exposées à plusieurs genres d'affections, ainsi que celles qu'on rencontre dans toutes les régions du corps; la plus commune de toutes est la scrophuleuse. Dans cette affection, ces glandes sont très-développées, quelquefois elles paraissent un peu plus molles au toucher que dans l'état de santé. Quand on les incise, on retrouve quelquefois leur organisation naturelle: plus fréquemment elles renferment une matière blanche caséuse, mêlée à une suppuration épaisse, symptômes pathognomoniques de l'affection scrophuleuse; quand les glandes situées dans cette région sont très-volumineuses, elles doivent gêner la respiration par la pression qu'elles exercent sur les poumons et sur la trachée-artère; elles doivent aussi gêner la déglutition.

Glandes lymphatiques devenues squirrheuses.

J'ai vu les glandes lymphatiques, voisines de

la trachée, atteintes de squirrhe, et pourtant elles offrent rarement cette altération. Elles étaient très-développées et très-dures au toucher; en les incisant, on trouvait un tissu dur, qui offrait des intersections membraneuses, ainsi que le squirrhe des autres organes; les points de la trachée en contact avec ces glandes, étaient aussi affectés; dans ce cas la glande thyroïde était squirrheuse, et il est probable que cette maladie s'était étendue de la glande thyroïde aux glandes absorbantes et de celles-ci à la trachée.

Glandes lymphatiques ossifiées.

Les glandes absorbantes, voisines de la trachée, sont quelquefois converties en une matière osseuse ou terreuse; ce phénomène s'observe plus souvent dans les glandes absorbantes situées à la racine de la trachée que dans les autres régions du corps. Ces glandes ainsi altérées déterminent quelquefois des ulcères de la trachée ou de l'œsophage, par la pression qu'elles exercent sur ces organes.

Médiastin antérieur.

Le médiastin antérieur est cet espace renfermé entre les lames de la plèvre qui s'étendent du sternum au péricarde. Il ne contient que du tissu cellulaire, quelquefois un peu de graisse,

et chez les jeunes sujets, la glande connue sous le nom de thymus. Il est rare que le médiastin antérieur présente des phénomènes pathologiques; des abcès s'y forment très-rarement. On a observé quelquefois de la sérosité dans les cellules du tissu cellulaire; j'ai trouvé aussi de l'air accumulé dans ce même tissu.

Quelquefois une masse graisseuse très-considérable distend le médiastin antérieur, et dans ce cas les fonctions du cœur et des poumons ne s'exécutent qu'avec un état d'anxiété très-pénible.

Phénomènes pathologiques du Thymus.

L'existence momentanée du thymus expose peu cette glande à un état pathologique; elle est très-peu sujette à l'inflammation ordinaire, aussi ne présente-t-elle que très-rarement des abcès, affection dont les auteurs ont à peine parlé.

On voit plutôt cette glande acquérir des dimensions considérables, et devenir dure. J'ai rencontré un exemple de cette altération, mais je n'ai pas pu l'examiner avec détails. On dit aussi que de petits calculs se sont quelquefois formés dans le thymus (1).

---

(1) Voyez *Sœmmerring*, Translations Germaniques, page 61.

Symptômes.

L'inflammation de la glande thyroïde se reconnaît à une augmentation de volume et de dureté, accompagnée de douleur qui s'accroît par la pression, et probablement par la déglutition. Il est facile de distinguer cet état pathologique des autres tuméfactions de cette glande; par exemple, du goître, par la rapidité de ses progrès, par le sentiment de douleur qui accompagne son développement toujours modéré dans cette circonstance.

Je dois recommander ici aux praticiens d'empêcher la terminasion par suppuration de l'inflammation de la glande thyroïde. Si la suppuration s'établit par l'extérieur, elle laisse une cicatrice au col; si elle s'échappe par la région postérieure pénétrant dans le larynx et la trachée, elle suffoquera le malade. Le cabinet du docteur *Hunter* renferme une pièce pathologique qui rappelle cette terminaison funeste de l'inflammation de la glande thyroïde. On doit employer tous les moyens propres à obtenir la résolution. Quand l'inflammation d'un organe se termine par résolution, les vaisseaux sanguins de cet organe récupèrent progressivement leurs fonctions et leurs dimensions naturelles; les vaisseaux absorbans situés profondément, dont

l'action se trouve augmentée, reportent dans le torrent général de la circulation le sang et la lymphe coagulable qui avaient été extravasés pendant l'inflammation Cette fonction est une des plus importantes qui soient confiées au systême absorbant répandu dans tous nos organes (1).

Le bronchocèle se distingue des autres tumeurs de la glande thyroïde par son accroissement lent, par le développement considérable qu'il peut acquérir, par l'absence de la douleur, par son apparition dans la première période de

---

(1) Le retour de quelques organes situés profondément à leurs dimensions naturelles, après avoir subi un développement considérable, est une preuve évidente de la sympathie qui existe entre les vaisseaux absorbans superficiels et profonds. Quand, par exemple, un testicule tuméfié est réduit à son volume naturel, par des frictions d'onguent mercuriel faites sur la surface du scrotum qui l'enveloppe, on ne peut pas supposer que ces frictions soient en contact avec les vaisseaux absorbans qui appartiennent au testicule lui-même; cependant ces absorbans sont excités, leur action est augmentée par les frictions, et enfin le testicule n'offre plus que ses dimensions naturelles. Ce résultat ne peut être expliqué que par la sympathie qui existe entre les absorbans du scrotum et les absorbans du testicule; sympathie qui augmente l'action des derniers quand celle des premiers est excitée.

la vie, par l'espèce de sensation qu'il fait éprouver au toucher qui rencontre bien de la fer, meté, mais point de dureté ; la santé n'est point altérée.

L'état squirrheux de la glande thyroïde se reconnaît à une dureté manifeste, à une douleur lancinante par intervalle. Les sujets chez lesquels on l'observe sont avancés en âge : la tuméfaction squirrheuse de la glande thyroïde est quelquefois aussi considérable que le bronchocèle.

L'ossification de la glande thyroïde ne peut être reconnue que par un examen soigné de la partie affectée. Si l'ossification existe à la surface, on pourra la reconnaître par le toucher; mais si le siège de cette ossification est profond, cette altération restera long-temps obscure ; néanmoins, quand elle aura fait des progrès considérables, on pourra la distinguer d'une manière très-certaine.

Dans l'ossification des cartilages du larynx, la voix est très-rauque ou très-basse. Ce phénomène s'explique facilement par la perte de la flexibilité de ces cartilages, perte qui les prive de ces mouvemens déliés qui ont tant d'influence sur la voix. Dans le cas que j'ai eu l'occasion d'observer, les ligamens qui unissent

les cartilages avaient conservé leur structure naturelle. Si ces ligamens s'étaient ossifiés, le larynx aurait été privé de tout mouvement. Ce principal instrument de la voix eût été condamné à une nullité absolue ; mais il serait très-difficile de dire les résultats positifs d'un tel changement sur les différens sons produits par la trachée et le larynx. Dans quelques cas d'ossification des cartilages du larynx, la déglutition étant devenue impossible, le malade a succombé. A l'autopsie, on n'a pas rencontré d'altération, soit dans le pharynx, soit dans l'œsophage. Il est bien difficile de se rendre compte d'un pareil phénomène ; pourtant il a été observé par le docteur *Robertson*, médecin de l'hôpital de Grenwich.

Quand la cavité du larynx est ulcérée, il existe une douleur fixe dans cette région, la respiration est pénible, et le malade ne peut parler qu'à voix basse. Cet état du larynx est toujours accompagné d'une fièvre symptomatique.

Les symptômes qui accompagnent les catarrhes sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les énumérer. Quand il existe dans cette affection un sentiment de douleur qui s'étend derrière la région moyenne de la poitrine, ce phénomène indique une inflammation intense de la mem-

brane interne de la trachée. Cette inflammation se termine promptement ; mais elle laisse souvent la secrétion des glandes de la trachée augmentée pour long-temps. L'inflammation de la membrane interne de la trachée observée chez les sujets atteints de consomption dure beaucoup plus long-temps que dans le catarrhe ; on doit la regarder comme chronique.

Les symptômes du croup sont une fièvre symptomatique, une difficulté de respirer, une espèce de sifflement ou de croassement dans l'inspiration, une voix rauque (1) ; un bruit aigu accompagne la toux, qui rejette des matières membraniformes blanchâtres et purulentes. On peut supposer avec quelqu'apparence de raison que cette membrane blanche est formée par l'action particulière des vaisseaux sanguins de la surface interne du larynx et de la trachée-artère, action qui est sur-ajoutée à l'inflammation.

L'inflammation ordinaire de la surface interne du larynx et de la trachée produit seule-

---

(1) La voix, au lieu d'être rauque, m'a paru très-aiguë. Quelques praticiens la comparent, avec raison, au son produit par le chant grêle d'un jeune coq ; il me semble qu'on ne peut trop insister sur ce phénomène, l'un des plus caractéristiques du croup. (*Note du Traducteur.*)

ment l'augmentation de la secrétion du mucus; quelquefois même elle produit de la suppuration ; mais dans le croup on voit toujours une membrane accidentelle se former. Ce phénomène milite en faveur de la supposition que nous avons établie : il peut servir à expliquer l'insuffisance des moyens antiphlogistiques pour guérir le croup.

Les symptômes qui accompagnent le polype de la trachée, sont la difficulté de respirer, une toux sèche, le pouls fréquent, mais sans aucun signe d'inflammation. Ces symptômes néanmoins seraient insuffisans pour faire distinguer aux médecins cette maladie de plusieurs autres, si des fragmens de ce polype n'étaient pas rejetés par la toux. Cette affection peut être fort longue.

Les symptômes déterminés par le resserrement spasmodique de l'œsophage caractérisent cette maladie d'une manière très-claire. La difficulté d'avaler n'est pas permanente, mais passagère. Elle arrive et disparaît subitement, et les variations à cet égard sont très-fréquentes. La constitution n'est pas émaciée, et le sujet paraît jouir d'une bonne santé.

Le resserrement de l'œsophage, qui est le résultat d'une poche formée aux dépens de la membrane interne, s'établit lentement. Il peut

exister pendant plusieurs années ; le sujet paraît jouir d'une bonne santé, si vous en exceptez toutefois la difficulté d'avaler. Cette difficulté existe constamment, ce qui la distingue de la constriction spasmodique des fibres musculeuses de l'œsophage.

Les symptômes qui sont produits par le resserrement de l'œsophage, dépendant d'un engorgement squirrheux accompagné d'ulcère, se distinguent facilement des deux états pathologiques que nous venons d'examiner. La difficulté d'avaler, peu considérable d'abord, augmente de jour en jour ; elle existe constamment : quand cette maladie a fait de grands progrès, les alimens sont rejetés fréquemment, quelquefois ils sont mêlés à de la suppuration ; le pouls d'abord naturel, offre de la fréquence à une époque avancée de la maladie, dont la terminaison est accompagnée d'une maigreur extrême. Les parties voisines du siège de l'affection sont irritées, leurs secrétions sont augmentées, et souvent une toux fréquente produit une abondante expectoration. Quoique vers la fin de cette affection l'estomac ne puisse plus recevoir d'alimens, la sensation de la faim tourmente peu le malade.

Quand l'œsophage est le siège d'une tumeur fongueuse ou scrophuleuse, les symptômes de

cette affection ont une grande analogie avec ceux qui résultent du resserrement squirrheux de cet organe (1).

CHAPITRE VI.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DE LA CAVITÉ ABDOMINALE.

Ascite.

L'ASCITE ou l'hydropisie de la cavité abdominale, est une maladie très-fréquente qui ne choisit ni l'âge, ni le sexe. Je l'ai rencontrée chez des enfans au-dessous de dix ans. Elle est pourtant plus fréquente chez les sujets d'un âge

(1) Quelquefois des végétations fongueuses implantées dans l'œsophage s'opposent au passage des alimens solides et liquides. Cet état ne peut durer long-temps. On voit souvent, dans ce cas, le malade rejeter quelques portions de ces végétations. Cette expulsion est parfois suivie d'une hémorragie assez opiniâtre, et presque toujours d'une plus grande difficulté d'avaler. Comment expliquer ce dernier phénomène? (*Note du Traducteur.*)

mûr, et à une époque de la vie plus avancée encore. On l'observe plus souvent chez l'homme que chez la femme. Quand la cavité abdominale contient une grande quantité de liquide, les veines qui rampent à sa surface sont très-distendues par le sang, phénomène produit sans doute par la compression qu'exerce la sérosité sur les vaisseaux profondément situés.

Cependant cette dilatation des veines n'existe pas toujours, même quand la collection de sérosité est très-considérable. La peau qui recouvre l'anneau ombilical, cédant aisément à la pression, forme une élévation en avant; néanmoins ce phénomène ne s'observe pas toujours. Dans quelques circonstances, cette élévation est à peine sensible, quoique la collection soit énorme. En ouvrant la cavité abdominale, on trouve une quantité plus ou moins considérable d'un fluide séreux ordinairement d'une couleur brune; mais cette couleur offre de nombreuses variétés. Si l'état squirrheux du foie a déterminé l'hydropisie, le fluide est jaunâtre ou verdâtre, nuances qui dépendent d'un mélange de bile et de sérosité. Dans ce cas, la peau est presque toujours jaune. J'ai vu aussi dans l'ascite la sérosité présentant une couleur de café ou de chocolat. Ce phénomène est rare. Dans le cas que j'ai rencontré, j'ai remarqué que la

sérosité était plus épaisse que dans l'ascite ordinaire; mais elle avait les mêmes propriétés, autant qu'on peut en juger en l'interrogeant par le calorique et par les acides.

Quand les organes contenus dans la cavité abdominale ne sont point malades, la sérosité dans l'ascite ressemble au sérum du sang, soit par sa couleur, soit par ses autres propriétés.

Quand il existe une accumulation de sérosité dans l'abdomen, le tube intestinal est quelquefois resserré, plus fréquemment il conserve ses dimensions. Très-souvent dans l'ascite le foie est malade, sa substance est dure et remplie de tubercules, phénomènes sur lesquels nous insisterons, quand nous traiterons en particulier des maladies de l'organe hépatique. Dans quelques circonstances, le tissu de la rate augmente de volume; il est plus dense que de coutume.

L'ascite n'entraîne pas nécessairement l'accumulation de la sérosité dans toutes les régions du corps, mais elle est fréquemment accompagnée d'une collection séreuse dans le thorax et de l'œdême, sur-tout des extrémités inférieures.

Inflammation du Péritoine.

L'inflammation du péritoine est moins fréquente que celle de la plèvre. Chez la femme

qui vient d'accoucher, une certaine disposition de la nature peut déterminer cette inflammation ; celle-ci est aussi produite par d'autres causes qui appartiennent aux deux sexes, ensorte qu'on l'observe souvent chez l'homme et chez la femme, hors l'état de grossesse.

Quand l'inflammation a établi son siège dans le péritoine, l'autopsie présente plusieurs phénomènes remarquables. Cette membrane est plus épaisse que dans l'état naturel, plus molle et moins transparente. Elle est parsemée d'un grand nombre de petits vaisseaux qui contiennent un sang vermeil : quand la portion enflammée du péritoine est séparée des muscles abdominaux, il n'existe ordinairement aucune trace d'inflammation sur ces muscles ; mais par-tout où le péritoine enflammé recouvre le canal intestinal, l'inflammation non-seulement s'étend à la tunique musculeuse, mais elle parvient jusqu'à la tunique muqueuse. La raison de cette différence dépend sans doute de ce que le péritoine est uni aux muscles de l'abdomen d'une manière moins intime qu'au canal intestinal, en sorte que ce canal est plus facilement atteint consécutivement par l'inflammation de la membrane péritonéale.

L'inflammation du péritoine est quelquefois légère et circonscrite ; d'autres fois elle est in-

tense, et frappe toute la membrane. Quand elle est légère et qu'elle a son siège dans la portion du péritoine qui recouvre le canal intestinal, on voit souvent de larges surfaces enflammées former des espèces de bandes qui suivent les circonvolutions intestinales, et qui sont bornées par les différens points de contact des intestins entre eux. Dans ce cas, les tuniques intestinales ne sont pas plus épaisses que dans l'état naturel. L'inflammation étant légère, elle se trouve bornée au péritoine. Quand l'inflammation est considérable, les intestins épaissis sont plus volumineux. Il est évident que ce changement est dû, et à l'accumulation du sang dans les petits vaisseaux, et à l'extravasation des fluides entre les tuniques intestinales; phénomènes qui sont eux-mêmes le résultat de l'état inflammatoire de ces vaisseaux. Le mésentère, le mésocolon sont plus épais que dans l'état naturel, et l'épiploon présente aussi un changement remarquable. Il est souvent aussi épais que la main, et forme comme une masse circonscrite le long de la grande courbure de l'estomac. La principale cause des changemens éprouvés dans cette circonstance par l'épiploon, appartient à l'extravasation de la lymphe coagulable dans le tissu cellulaire placé entre les deux feuillets du péritoine qui le constituent.

Sur plusieurs points on trouve une couche de matière jaunâtre pulpeuse, qui réunit différentes portions des viscères : cette couche, quelquefois mince, et d'autres fois très-épaisse, paraît être la lymphe coagulable du sang. Il existe aussi dans la cavité de l'abdomen, une grande quantité de liquide brunâtre qui ressemble au sérum ; il est mêlé à quelques fragmens de la lymphe coagulable ; souvent il est aussi mêlé à de la suppuration, ce qui trouble sa transparence. La quantité de lymphe coagulable et de liquide épanché est quelquefois très-considérable relativement au degré d'inflammation. Dans quelques circonstances, au lieu de sérosité on trouve une suppuration abondante. L'estomac et le canal intestinal contiennent aussi parfois une grande quantité d'air qui s'est accumulé pendant les progrès de la maladie. D'autres fois ces organes ne contiennent pas d'air. Son accumulation a lieu le plus souvent quand l'inflammation est légère et qu'elle se termine en formant des bandes sur la surface des intestins.

Adhérences dans la cavité de l'Abdomen.

Quand l'inflammation générale ou partielle du péritoine existe assez long-temps pour déter-

miner la séparation de la lymphe coagulable, et que le malade résiste à cette affection, la lymphe est convertie en une membrane mince, transparente, destinée à établir des adhérences. Le changement de la lymphe en une membrane s'opère promptement. J'ai eu quelquefois l'occasion de suivre les progrès de ce changement dans des inflammations qui paraissaient récentes. Cette membrane présente une substance celluleuse semblable au tissu cellulaire répandu dans tous nos organes ; on y remarque peu de vaisseaux. Dans l'état ordinaire, à peine aperçoit-on sur le péritoine une très-petite quantité de vaisseaux assez larges pour admettre les globules rouges du sang ; mais l'existence de ces vaisseaux est démontrée par un certain degré d'inflammation ou par des injections très-fines. Cette membrane est susceptible de s'alonger progressivement par le mouvement des viscères, en sorte qu'elle finit par offrir peu d'inconvénient. J'ai eu souvent l'occasion de voir de ces adhérences générales ou partielles des viscères abdominaux (1).

---

(1) Ces adhérences ont quelquefois produit des constrictions du tube intestinal qui devaient être nécessairement mortelles. Les sujets qui ont succombé à de pareils acci-

Masses scrophuleuses adhérentes au Péritoine.

J'ai quelquefois rencontré une matière blanche et granulée adhérente à toute la face postérieure du péritoine. Sur quelques points elle formait une masse très-épaisse; sur d'autres points elle présentait de petites masses isolées. Je me rappelle que dans une circonstance, cette matière formait une substance aussi épaisse que la main, entre le péritoine et les muscles abdominaux, tandis qu'elle était isolée en petites masses dans le mésentère et sur la face du péritoine qui recouvre le canal intestinal. J'ai vu quelquefois l'épiploon converti en un gâteau de cette substance. La matière paraissait scrophuleuse; elle offrait la structure des glandes absorbantes atteintes de scrophules avant la formation du pus. Je ne sais trop si je dois ranger ce phénomène pathologique à la suite des maladies du péritoine; il ne se manifeste pas (au moins dans le cas que j'ai observé) dans le péritoine, mais il est situé derrière cette membrane à laquelle il adhère. Il me

---

dens, ont dû présenter les symptômes qui accompagnent le *volvulus*, ou la hernie étranglée.

(*Note du Traducteur.*)

semble néanmoins que c'est sur-tout ici qu'il convient d'en parler.

Tumeurs cancéreuses adhérentes au Péritoine.

J'ai vu aussi quelques petites tumeurs cancéreuses implantées sur le péritoine ; elles étaient extrêmement dures, d'une couleur blanchâtre ; leur structure ressemblait à celle des masses cancéreuses qui se forment dans l'estomac. Ce qui jette un grand jour sur l'histoire du phénomène qui nous occupe, c'est que j'ai trouvé dans le même cadavre une tumeur cancéreuse de l'estomac ; les tumeurs cancéreuses du péritoine n'étaient point unies aux autres ; on les observait sur cette région de la membrane qui recouvre la face postérieure des muscles droits de l'abdomen, presque au niveau de la région de l'estomac (1).

Excroissances cartilagineuses implantées sur le Péritoine.

J'ai eu l'occasion de rencontrer une fois une grande quantité d'excroissances cartilagineuses

---

(1) Le cancer du péritoine, quoique peu fréquent, s'est néanmoins présenté trois fois à mon observation depuis dix mois. *Note du Traducteur.*)

implantées sur le péritoine. Leurs dimensions très-petites ne s'élevaient pas au-dessus de celle d'un pois de jardin. On les observait sur tous les points de la surface de la membrane péritonéale. Elles étaient moins dures que les cartilages qui recouvrent les extrémités osseuses; mais elles offraient une structure essentiellement cartilagineuse.

Tumeurs stéatomateuses adhérentes au Péritoine.

On a vu aussi des tumeurs stéatomateuses adhérer au péritoine ; mais ce phénomène est extrêmement rare (1).

Hydatides dans l'Abdomen.

On a quelquefois rencontré des hydatides qui occupaient une portion et même la totalité de la cavité abdominale. Dans ces circonstances elles étaient unies aux viscères, et principalement au foie ou à la rate. Elles peuvent néanmoins être attachées à tout autre viscère, ou à une portion du péritoine. Ce phénomène, au reste, est très-rare.

---

(1) Voyez *Sœmmerring*, Germ. Translat., p, 70.

Air contenu dans la Cavité abdominale.

On prétend avoir observé une très-grande quantité d'air accumulé dans la cavité abdominale, tandis qu'il n'en existait point ou presque point dans les intestins (1). Ce phénomène est très-rare. Souvent le tube intestinal contient une grande quantité d'air, tandis que la cavité abdominale n'en renferme pas. Quand une grande masse d'air est réunie dans les intestins, ces organes éprouvent une distension considérable, et leurs tuniques sont amincies en raison de cette distension. Comme les intestins soulèvent de toutes parts le péritoine qui tapisse les parois musculeuses de la cavité abdominale, la main appliquée à la surface de l'abdomen reconnaît une distension aussi prononcée que si l'air était contenu dans la cavité; en cessant de comprimer, la réaction est la même que dans la dernière supposition. Ces phénomènes ont dû faire croire à la présence fréquente de l'air dans la cavité abdominale. Je crois bien que l'air peut quelquefois s'accumuler dans cette cavité; mais ce fait est très-rare. Une portion du tube intestinal très-distendue par l'air peut se rompre, et livrer ainsi

(1) Voyez *Lieutaud*, tome I, pag. 432.

passage à l'air dans la cavité de l'abdomen, où les petites artères du péritoine peuvent secréter de l'air, ainsi que la membrane interne de l'estomac et des intestins paraît le faire dans quelques circonstances.

Symptômes.

Les symptômes qui accompagnent l'ascite sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les rapporter ici. En appliquant une main sur le ventre et frappant cette région avec l'autre main, on obtient ordinairement un sentiment de fluctuation très-manifeste. Les urines sont rares et d'une couleur foncée; il existe de la soif, de la chaleur, de la fréquence dans le pouls : à ces symptômes vient se joindre la difficulté de respirer, quand la sérosité est accumulée en grande quantité.

Dans l'inflammation du péritoine, l'abdomen est douloureux, tuméfié et très-sensible au toucher. Souvent la constipation est opiniâtre, le pouls est fréquent et dur. Les autres phénomènes de la fièvre symptomatique sont très-prononcés. Dans une inflammation légère, j'ai observé que la douleur à peine sensible et le peu de fréquence du pouls, n'avaient pas fait soupçonner l'inflammation péritonéale. Cependant l'examen du cadavre n'a laissé apercevoir

d'autres phénomènes que ceux d'une inflammation légère du péritoine.

Aucun syptôme ne peut faire reconnaître les adhérences établies dans la cavité abdominale; elles ne paraissent point offrir d'inconvénient pour les fonctions confiées aux organes contenus dans cette cavité (1).

Les symptômes qui accompagnent les tumeurs squirrheuses et scrophuleuses du péritoine me sont inconnus.

Je ne connais pas non plus les symptômes produits par les excroissances cartilagineuses implantées sur le péritoine. Il est probable qu'on ne les observe pas généralement et qu'il est impossible de les reconnaître.

Quand la cavité abdominale contient une grande quantité d'hydatides, le praticien a besoin de toute son attention pour les distinguer de l'ascite. On pourra néanmoins les reconnaître de la manière suivante : dans le cas où il existe des hydatides, la percussion de la région abdominale ne produit que d'une manière obscure, et quelquefois ne produit pas du tout la sensation de fluctuation toujours évidente dans

---

(1) Si vous en exceptez toutefois les accidens de l'étranglement profond du tube intestinal; accident dont j'ai parlé à la page 107. (*Note du Traducteur.*)

l'ascite, qui n'est point accompagnée de symptômes extraordinaires. La tumeur dans l'ascite est toujours uniforme ; elle est plus ou moins irrégulière quand la cavité contient des hydatides. Dans ce cas, en rappelant les signes commémoratifs, on s'assurera que la tumeur a commencé à s'établir dans un point fixe, tandis que dans l'ascite la totalité de l'abdomen s'est développée en même-temps.

Il est plus difficile de distinguer une collection d'hydatides de l'hydropisie d'un ovaire, que d'un ascite. On ne peut établir de distinction entre ces deux premières maladies que par l'histoire détaillée des phénomènes qui se sont succédés dans l'un et l'autre cas. Dans l'hydropisie de l'ovaire, la tumeur se manifeste d'abord dans un des côtés de la région inférieure de l'abdomen ; elle s'élève progressivement de manière qu'elle finit par occuper la plus grande partie de sa cavité.

Comme les hydatides le plus ordinairement s'élèvent de la surface du foie, la tumeur, dans ce cas, doit commencer par la région supérieure et gagner les régions inférieures. Mais comme les hydatides peuvent se développer dans tous les points de l'abdomen, et qu'elles peuvent commencer à se former dans un des côtés de la région inférieure du ventre, il me paraît, dans

cette supposition, impossible de distinguer ces deux affections l'une de l'autre.

CHAPITRE VII.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DE L'ESTOMAC.

Inflammation.

L'INFLAMMATION de l'estomac se présente rarement (à moins qu'elle ne soit produite par des substances vénéneuses admises dans cet organe). Elle peut frapper une partie de sa membrane interne ou la totalité de cette membrane; le plus souvent cette inflammation est bornée à un seul point, et dans ce cas elle est peu considérable. L'estomac laisse apercevoir sur la portion enflammée un plus grand nombre de petits vaisseaux que dans l'état de santé; cependant ce réseau vasculaire n'est pas ordinairement très-développé : en ouvrant l'estomac, on le trouve épaissi dans sa surface enflammée; sa membrane interne est colorée par les vaisseaux nombreux qui contiennent un sang vermeil; souvent on y voit des taches formées par du sang extravasé.

L'inflammation ordinaire de l'estomac se termine rarement par suppuration ou par gangrène.

Quand de l'arsenic (ce poison fréquemment employé) a été avalé, il produit une violente inflammation de l'estomac, dont les membranes s'épaississent ; la tunique interne est très-rouge : cette coloration est due en partie à un très-grand nombre de petits vaisseaux, et en partie à du sang extravasé.

Des portions de la membrane interne sont quelquefois désorganisées par l'action violente du poison (1). J'ai vu aussi une légère couche de lymphe coagulable tapissant une portion de la membrane interne de l'estomac. Le plus ordinairement on aperçoit sur différens points de

---

(1) Au mois de septembre 1805, deux frères, dont l'aîné avait vingt-cinq ans, et le jeune vingt-deux, succombèrent au milieu de douleurs atroces, quarante-huit heures après avoir avalé de l'arsenic. L'estomac incisé selon sa grande courbure, laissa à découvert la membrane interne très-enflammée par le séjour du poison dont l'action aurait pourtant dû être modérée par une quantité énorme de lait que je trouvai caillé dans l'estomac de ces deux frères. Cette membrane, sur laquelle j'aperçus quelques parcelles de poudre arsénicale, ne présentait pas la plus légère trace d'ulcération. Le tube intestinal offrait aussi un état inflammatoire, mais bien moins prononcé que celui de l'estomac. (*Note du Traducteur.*)

cette membrane, des parcelles d'arsenic qui se présentent sous la forme d'une poudre blanche : je sais que deux sujets qui ont succombé à une violente inflammation de l'estomac, produite par de l'arsenic qu'ils avaient avalé, ont présenté à l'autopsie des ulcères occupant l'extrémité inférieure du rectum. Ces mêmes sujets ne s'étaient jamais plaints auparavant d'aucune maladie de cet intestin, et paraissaient jouir d'une bonne santé. Cette circonstance, très-extraordinaire, est constatée par une autorité irrécusable (1); il serait important d'établir des recherches, afin de savoir pourquoi la poudre arsénicale avalée produit ordinairement l'affection du rectum.

Phénomènes de l'Hydrophobie.

A l'autopsie des sujets morts d'hydrophobie, on trouve souvent la membrane interne de l'estomac enflammée près du cardia et de sa grosse extrémité; la membrane interne du pharynx et de l'œsophage est aussi enflammée; cette membrane n'est point épaissie par l'inflamma-

(1) Quoique cette assertion paraisse irrécusable au docteur *Baillie*, je pense qu'elle a besoin de confirmation.
(*Note du Traducteur.*)

tion qui s'étend à la manière des érysipèles, en présentant sur plusieurs points des limites distinctes. Cette inflammation ordinairement n'est pas violente.

Ulcères de l'Estomac.

Quelquefois l'estomac est le siège d'ulcères. Tantôt ces ulcères ressemblent à ceux qu'on rencontre dans toutes les régions du corps, tantôt, et plus fréquemment, ces ulcères présentent un aspect particulier. Quelques-uns offrent à peine une inflammation légère à leur circonférence; leurs bords ne sont point irréguliers comme ceux des autres ulcères, et ils ne sont point accompagnés d'une altération particulière des membranes de l'estomac voisines de leur siège; on dirait qu'ils résultent d'une plaie récente faite par un instrument tranchant, et dont les bords cicatrisés offrent des limites unies autour de leur excavation. Ces ulcères produisent quelquefois la destruction de la membrane interne de l'estomac dans un des points de son développement; mais on les a vus aussi détruire toutes les membranes, de manière à établir une perforation de l'estomac (1). Quand toutes les membranes de cet

(1) Quelquefois même cette perforation communique à

organe ont été détruites sur un point, la circonférence de l'ouverture est amincie; elle offre une surface unie, résultat des progrès de l'ulcération : quelquefois l'ouverture présente une circonférence épaissie; d'autres fois cette circonférence conserve ses proportions naturelles.

Squirrhe et Cancer de l'Estomac.

Cet état pathologique de l'estomac, assez ordinaire dans un âge avancé, s'observe plus souvent chez l'homme que chez la femme : il dépend sans doute des excès dans le régime, plus fréquens chez l'un que chez l'autre.

Quelquefois le squirrhe s'étend sur toutes les membranes de l'estomac; le plus souvent il est borné à une de ses régions. Tantôt les limites

---

l'extérieur, et constitue une fistule alimentaire stomachique. Les élèves qui suivaient la clinique de l'hôpital de la Charité, ont pu voir pendant l'année 1803 un accident de cette nature chez la nommée *Magdeleine Goré*, âgée de 47 ans. Cette malheureuse succomba après six mois de séjour dans les salles de ladite clinique. (*Voyez* Journal de Médecine, par MM. *Corvisart*, *Leroux* et *Boyer*, tome III, page 407.)

(*Note du Traducteur.*)

de cet état squirrheux ne s'aperçoivent pas facilement ; tantôt, et plus souvent, elles sont très-manifestes. Quand le squirrhe frappe une des régions de l'estomac, c'est presque toujours le pylore. La cause de cette fréquence est la structure glanduleuse de l'estomac dans le voisinage de cette ouverture ; or tout le monde sait que les tissus glanduleux sont plus que tous les autres exposés au squirrhe.

Quand l'estomac est atteint de squirrhe dans un de ses points ou dans sa totalité, ses membranes sont plus épaisses et plus dures que de coutume ; en incisant la portion malade, on peut encore reconnaître l'organisation de l'estomac, mais elle est extrêmement altérée. Le péritoine qui recouvre l'estomac est souvent plus épais que dans l'état naturel, et presque toujours il offre la dureté du cartilage. La tunique musculeuse, très-épaisse, est parsemée d'un grand nombre de petites cloisons membraneuses ; ces cloisons résultent probablement de l'épaississement morbifique du tissu cellulaire placé entre les petits faisceaux musculeux ; la membrane interne est aussi très-épaisse et très-dure, et souvent elle forme dans la cavité de l'estomac des espèces d'élévations irrégulières ou tuberculeuses.

Souvent cette masse squirrheuse est ulcérée,

et alors la maladie prend le nom de cancer (1); quelquefois la membrane interne de l'estomac présente des développemens qui offrent un aspect fongueux.

L'estomac, dans quelques-unes de ses régions, est par fois entièrement désorganisé; on trouve une masse dure, de couleur blanche, avec un reste de tissu membraniforme, ou bien elle est convertie en une espèce de masse cartilagineuse ramollie; les glandes absorbantes voisines de cette altération sont blanchâtres, très-développées et très-dures.

Tumeurs squirrheuses circonscrites de l'Estomac.

J'ai vu plusieurs fois l'estomac, sain d'ailleurs, offrir une tumeur squirrheuse grosse comme une noix. Cette tumeur présente souvent une petite dépression sur le milieu de sa surface. Dans ce cas, les fonctions de l'estomac sont probablement peu troublées; mais quand

---

(1) Au mois de décembre 1814, j'ai vu à la Maison de santé un estomac entièrement cancéreux. Deux particularités très-remarquables, c'est que le malade se plaignait très-peu de souffrir, et qu'il ne vomissait pas du tout, et pourtant le pylore était cancéreux comme le reste.

(*Note du Traducteur.*)

cette tumeur est accompagnée d'irritation, on doit craindre qu'en occasionnant le dérangement des fonctions de l'estomac, elle ne devienne le principe d'une maladie funeste.

Poche formée dans l'Estomac.

Une portion de l'estomac présente quelquefois une poche formée par une cause mécanique. Ce fait est très-rare. J'ai eu occasion de voir une poche de cette espèce contenir une pièce de cinq sols ; les membranes de l'estomac, très-amincies sur ce point, n'étaient ni enflammées, ni ulcérées ; la pièce de cinq sols étant restée très-long-temps dans l'estomac, avait, par sa pression, déterminé la formation de cette poche sans inflammation ni ulcération (1).

Constriction du Pylore.

Les ouvertures de l'estomac peuvent être entièrement fermées par la contraction constante des fibres musculaires qui environnent le cardia ou le pylore. Il est probable néanmoins que ce

---

(1) Il est difficile de concevoir la formation de cette poche, à moins de supposer un rétrécissement pylorique : or, dans ce cas, les vomissemens et tous les symptômes qui accompagnent cette affection, se manifestent successivement. (*Note du Traducteur.*)

phénomène s'observe plus fréquemment à l'orifice pylorique, parce que les fibres qui l'environnent, à une direction plus circulaire joignent une contractilité plus énergique ; d'ailleurs, pour produire l'occlusion du pylore, il faut une contraction moins forte que pour produire celle du cardia ; j'ai eu l'occasion d'observer cette contraction à l'orifice pylorique : phénomène extrêmement rare. Cette contraction était telle, qu'à peine une plume d'oie pouvait passer de l'estomac dans le duodénum. Ce détroit n'avait pu être franchi par plusieurs balles de plomb qui étaient contenues dans l'estomac.

Estomac très-contracté ou très-élargi.

Quelquefois l'estomac est tellement contracté dans toute son étendue, qu'il conserve à peine le diamètre d'un intestin grêle (1). Souvent

---

(1) L'estomac est quelquefois réduit au volume d'un intestin grêle. J'ai observé ce phénomène chez un sujet mort à la Maison de santé, au mois de juin 1813. Le cancer de la glande parotide s'était développé en grappe sur le côté droit du cou, de manière à comprimer le pharynx et l'œsophage, au point de ne pas permettre le passage d'alimens solides ni liquides. Ce malade mourut plutôt d'inanition que des progrès de l'affection cancéreuse à laquelle il aurait nécessairement succombé.

(*Note du Traducteur.*)

ses dimensions sont beaucoup plus considérables que dans l'état naturel. Aucun de ces phénomènes ne peut être regardé comme appartenant à un état pathologique. Ils dépendent de la contraction ou du relâchement des fibres musculaires au moment de la mort. Je pense néanmoins que l'estomac est plus souvent dilaté que contracté.

Estomac distendu par l'air.

Dans les cadavres l'estomac est très-souvent flasque et presque vide, quelquefois on le trouve distendu par l'air : tantôt cet air se développe après la mort, tantôt et plus souvent il existe pendant la vie. Quand le cas dont nous parlons se présente, on doit supposer que cette collection gazeuse est due aux propriétés chimiques des principes contenus dans l'estomac ; mais il arrive souvent que l'air séparé du sang contenu dans les vaisseaux de l'estomac est mis en liberté par les petits vaisseaux exhalans qui parcourent la cavité de cet organe. Ce fait a été exposé avec détail par le docteur *Hunter* (1), dans son essai sur la digestion, et par moi-

(1) *Voyez* Observations de M. *Hunter*, sur quelques parties de l'Anatomie animale, pag. 164.

même dans la note que j'ai insérée dans les transactions de Médecine et de Chirurgie (1).

Portion de l'Estomac détruite par le suc gastrique.

En examinant les membranes de l'estomac vers sa grosse extrémité, souvent on aperçoit une portion plus mince, plus transparente, je dirai même plus pulpeuse que de coutume; mais ces phénomènes quelquefois sont très-remarquables. Ils sont produits par le séjour du suc gastrique qui, plus abondant sur ce point de l'estomac que sur les autres, détruit une petite portion de ses membranes. On ne doit donc point les considérer comme le produit d'une maladie, mais comme un effet naturel de l'action du suc gastrique sur les parois de l'estomac après la mort.

Quand le suc gastrique très-abondant a agi d'une manière très-énergique, l'estomac a été détruit dans toute son épaisseur voisine de sa grosse extrémité, et cette destruction a livré passage dans la cavité abdominale aux matières contenues dans l'estomac. Dans cette circonstance, les organes voisins sont aussi en partie

---

(1) *Voyez* Cas d'emphysème, pag. 202.

détruits ; néanmoins les exemples d'une pareille destruction sont très-rares ; on ne l'a observé que chez des sujets morts subitement. Si les maladies n'altéraient pas les facultés de l'estomac, ce phénomène serait très-fréquent : il est très-rare, parce que les facultés dont nous parlons sont ou diminuées, ou détruites par une infinité de causes pathologiques. L'explication satisfaisante de ces phénomènes a été donnée d'abord par le docteur *Hunter*, et publiée sur la demande du sieur *Jean Pringle*, dans les Transactions Philosophiques (1).

Tumeurs graisseuses dans l'Estomac.

Des tumeurs graisseuses s'observent quelquefois dans l'estomac ; mais ces phénomènes pathologiques sont très-rares. *Ruisck* a enrichi sa collection d'une tumeur trouvée dans l'estomac d'un homme ; cette tumeur contenait des cheveux et quelques dents molaires (2).

Calculs dans l'Estomac.

Des calculs de différentes formes ont été trouvés dans l'estomac ; je n'en ai jamais rencon-

---

(1) *Voyez* Transact. Philosophiques, vol. 62, p. 447.

(2) Voyez *Ruisck*, tom. II, *Advers. Anatomicorum*, *decad. tert.*

tré : ce phénomène est très-rare (1). Un grand nombre de ces calculs ont paru biliaires ; ils ont été portés du duodénum dans l'estomac par le mouvement antipéristaltique des intestins grêles.

Papilles morbifiques observées dans l'Estomac.

Des papilles et des pustules ressemblant un peu à celles de la petite-vérole, ont été observées sur la membrane de l'estomac ; mais ce fait est extrêmement rare (2).

Pustules varioliques dans l'Estomac.

De véritables pustules varioliques ont été, dit-on, observées dans l'estomac des sujets morts de la variole (3). Néanmoins des dissections multipliées n'ont pu constater l'existence de ces pustules ; et je suis disposé à croire que les observateurs qui ont dit les avoir rencontrées ont été induits en erreur.

Symptômes.

L'inflammation de l'estomac présente les

---

(1) Voyez *Lieutaud*, tome I, page 17.

(2) *Idem*, tome I, page 23.

(3) *Idem*, tome I, page 371.

symptômes suivans : douleur dans la région épigastrique augmentée par l'admission des alimens ou boissons dans cet organe, vomissement, souvent hoquets, fièvre symptomatique, pouls petit, fréquent et dur, accompagné d'un sentiment de faiblesse extrême.

L'empoisonnement par l'arsenic est accompagné des symtômes suivans : vomissement, douleurs accompagnées de coliques violentes, évacuations de matières aqueuses, visqueuses ou sanguinolentes ; un sentiment de froid, sur-tout aux extrémités, sueur froide, pâleur de la face, souvent syncope et quelquefois convulsions.

L'hydrophobie est suffisamment caractérisée par l'horreur que le malade éprouve à la vue de toute espèce de liquide qui lui est présenté, par l'impossibilité d'avaler, et par le délire violent qui accompagne souvent cette horrible maladie.

Les ulcères de l'estomac font souvent des progrès lents. Ils sont accompagnés de douleurs, de nausées; les alimens et boissons avalés sont rejetés par le vomissement. Cet état pathologique dure très-long-temps ; il éprouve peu de soulagement des secours de la médecine, phénomène qui le fait distinguer aisément d'un dérangement momentané de cet organe.

Le cancer de l'estomac est accompagné d'un

sentiment de douleur épigastrique qui varie suivant les sujets. Le vomissement rejette tout ce qui est admis dans l'estomac (1), et souvent le produit de ce vomissement est un liquide d'une couleur noire qu'on a comparé à du marc de café. Le malade maigrit, sa face est pâle, le pouls, au commencement de cette cruelle maladie, est naturel ; mais vers sa terminaison, il devient fréquent et s'accompagne de tous les symptômes de la fièvre hectique. Quand le sujet est très-maigre, et que la tumeur volumineuse est voisine du pylore ou de la grande courbure de l'estomac, on peut la sentir avec la main, en palpant avec soin la région épigastrique.

L'accumulation de l'air dans l'estomac est accompagnée d'un sentiment pénible de distension de cet organe. A travers les parois de la région épigastrique, on reconnaît la tumeur plus ou moins développée ; des gaz s'échappent par l'œsophage ; quelquefois il existe dans l'estomac une douleur produite par la contraction spasmodique de quelque portion de la membrane musculeuse de cet organe.

---

(1) J'ai déja prouvé, par une observation, page 119, que le vomissement n'accompagne pas toujours le cancer de l'estomac. (*Note du Traducteur.*)

CHAPITRE VIII.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DES INTESTINS.

Inflammation.

Une infinité de causes peut déterminer l'inflammation des intestins ; aussi les effets de cette maladie sont-ils fréquemment observés dans les cadavres. Quand une portion d'intestin est enflammée, sa surface externe se recouvre d'un grand nombre de petits vaisseaux dont plusieurs contiennent un sang vermeil. En incisant l'intestin de manière à découvrir sa membrane interne, on aperçoit un grand nombre de vaisseaux remplis de sang qui rampent sur cette membrane ; souvent même on y voit des petites taches de sang extravasé. Dans l'inflammation des intestins, souvent le péritoine est peu ou point affecté ; néanmoins quand l'inflammation est très-considérable, le péritoine est aussi enflammé et recouvert d'une couche de lymphe coagulable. J'ai eu occasion de voir dans une inflammation violente, des

portions détachées de cette lymphe coagulable sur la membrane muqueuse ; ce phénomène s'observe rarement. L'intestin est en même temps plus épais et plus pesant que dans l'état de santé ; sa couleur est quelquefois rembrunie par une grande quantité de sang noir extravasé. Cet état de l'intestin a souvent fait croire à sa gangrène.

L'inflammation des intestins se termine fréquemment par suppuration et par ulcération. Cette terminaison a lieu sur-tout quand l'inflammation a son siège dans la membrane interne ; l'ulcère se forme toujours sur cette membrane, je n'ai jamais vu d'exemples d'ulcères commençant par l'érosion de la membrane externe pour gagner les membranes subjacentes. L'ulcération toutefois atteint plus souvent les gros intestins que les intestins grêles. Soit qu'elle existe dans les uns ou dans les autres, elle est accompagnée de phénomènes très-variés. Les bords de l'ulcère sont quelquefois très-épais ; d'autres fois cette épaisseur est la même que dans l'état de santé. Tantôt les bords et la cavité de l'ulcère présentent des inégalités, tantôt ils offrent un aspect uniforme, comme si l'intestin eût été soumis à l'action d'un instrument tranchant ; quelquefois à travers une longue portion d'intestin (sur-tout si cet intes-

tin est gros), la membrane interne s'échappe en fragmens inégaux, ce phénomène est le résultat de l'intensité de l'inflammation. J'ai vu aussi une portion considérable d'intestin dépouillée complètement de sa membrane interne. Ce dépouillement mettait à nu la membrane musculeuse, ainsi qu'eût pu le faire la dissection la plus soignée. L'ulcération de l'intestin occupe plus souvent, je pense, les régions où les follicules glanduleux forment des corps ovalaires, que les autres régions des intestins.

Quand l'ulcération marche rapidement, la totalité des membranes est quelquefois perforée. Lorsque cette perforation est produite, une partie des matières contenues dans l'intestin passe dans la cavité abdominale, et y détermine de l'inflammation. Cependant ce phénomène s'observe rarement; le plus souvent la portion d'intestin occupée par l'ulcère contracte des adhérences inflammatoires avec un autre point du tube intestinal, ou avec un viscère du voisinage, et une communication réciproque est le résultat de cette adhérence. J'ai souvent rencontré de ces communications entre le rectum et la vessie chez l'homme, et entre le rectum et le vagin chez la femme. J'ai même vu une communication établie entre une portion d'intestin et le rein, de manière que le pus

formé dans ce dernier organe s'échappait par l'intestin. Ces communications sont des moyens de prolonger (d'une manière déplorable à la vérité), la vie, qui serait bientôt terminée par le passage des matières dans la cavité abdominale, qui ne manqueraient pas d'y produire une inflammation vive et promptement mortelle. La membrane interne des intestins est beaucoup plus disposée aux ulcérations que la membrane interne des conduits qui ont une ouverture à la peau. Aussi la membrane interne de la trachée et de l'urètre est très-rarement le siège d'ulcérations, tandis qu'on les rencontre très-fréquemment sur la membrane qui tapisse tout le développement du tube intestinal. Il est difficile de donner une explication satisfaisante de cette différence. Il est probable néanmoins que ce phénomène est dû à la structure et aux fonctions de ces organes.

L'organisation de la membrane interne de la trachée et du canal de l'urètre, ont une grande analogie. Leurs secrétions diffèrent peu. La membrane interne des intestins offre une structure particulière, et une secrétion qui n'appartient qu'à elle. Il est probable que ces circonstances produisent la prédisposition à l'ulcération, mais il est difficile d'expliquer comment cette ulcération s'établit.

L'inflammation des intestins se termine quelquefois par gangrène. Quand cette terminaison a lieu, la portion frappée de mort est d'une couleur noire livide ; elle a perdu son élasticité ; elle se déchire facilement, ou se laisse traverser par le doigt comme le ferait une poire pourrie. Le défaut d'élasticité qui accompagne le changement de couleur dont j'ai parlé, est le seul signe certain de la gangrène du tube intestinal. En effet, une portion de ce tube peut offrir une couleur très-noire, et ne pas être putréfiée ; cette couleur noire peut être occasionnée par une grande quantité de sang extravasé pendant une forte inflammation, et pourtant l'énergie vitale conservée dans toute sa force. Ainsi nous voyons quelquefois une infiltration sanguine dans le tissu cellulaire sous-cutané, présenter un aspect très-noir, quoique cette partie soit pleine de vie. On réduit très-souvent dans l'opération du bubonocèle, une anse intestinale très-brune, et cette portion réduite remplit les fonctions que la nature lui a confiées, ce qui ne pourrait avoir lieu si elle était gangrenée (1). Dans cette dernière supposition, la

(1) Rien de plus fréquent que de voir des anses d'intestin très-noires, et offrant même quelques phlyctènes à leur surface, réduites avec succès dans l'opération de la

partie morte se séparerait de la partie saine, et les fonctions de l'intestin cesseraient à l'instant même. Quand une portion d'intestin a été gangrenée pendant quelque temps, une grande quantité d'air se développe dans sa cavité. Ce phénomène est un produit naturel observé dans toutes les substances animales privées de la vie. J'ai vu une très-grande portion des gros intestins (savoir, une aune à-peu-près), gangrenée et expulsée par l'anus : le sujet vécut encore environ trois semaines (1).

Intus-susception.

Cette maladie, assez fréquente, est presque toujours mortelle. Elle consiste dans l'admission d'une portion d'intestin et du mésentère dans

---

hernie. On observe souvent, dans ce cas, que les vomissemens, même de matières stercorales, continuent après la réduction. Ces vomissemens dépendent de l'inflammation qui doit sa persévérance à l'intensité à laquelle elle était parvenue. Mais trois ou quatre jours se sont-ils écoulés, tout rentre dans l'ordre et la convalescence s'établit. Au mois de mars dernier, j'ai observé ces différens phénomènes chez un sujet de vingt-deux ans opéré à la Maison de santé. (*Note du Rédacteur.*)

(1) *Voyez* Transact. Médicales et Chirurg., vol. II, pag. 144.

une cavité intestinale. La portion d'intestin reçue est resserrée quelquefois dans une étendue considérable. Ordinairement c'est la portion supérieure qui est admise; quelquefois aussi le contraire a lieu, quoique très-rarement. L'intus-susception peut exister sur tous les points du tube intestinal; on l'observe néanmoins plus fréquemment dans les intestins grêles, et dans le point où l'iléon se termine dans le cœcum. Je l'ai rencontrée, dans ce dernier siège, beaucoup plus fréquemment qu'ailleurs. Cet accident dépend sans doute de la différence de proportion entre le diamètre de ces deux intestins. Les ouvertures de cadavres, sur-tout chez les enfans, ont laissé apercevoir des intus-susceptions, sans qu'aucun accident en ait été le résultat. Il n'existait point de traces d'inflammation, et probablement le mouvement péristaltique de ces organes aurait facilement rétabli le rapport naturel des deux portions intestinales. Quelquefois néanmoins la portion d'intestin admise dans la cavité de l'autre est si considérable, qu'elle ne peut être dégagée; il en résulte une inflammation violente accompagnée de l'occlusion complète du tube intestinal, maladie toujours mortelle.

Hernies.

Une partie des organes contenus dans la cavité de l'abdomen s'échappe souvent de cette cavité ; elle est contenue dans un espèce de sac formé par un prolongement du péritoine. Cette maladie prend le nom de hernie ; elle est le plus souvent produite par un effort violent dirigé contre les régions les plus faibles des parois abdominales percées d'ouvertures. J'ai longtemps cru, avec beaucoup d'autres praticiens, que les hernies s'observaient plus souvent chez les sujets gras que chez les sujets maigres ; mais d'après les détails que j'ai recueillis auprès des personnes qui ont été souvent à même d'observer cette maladie, je crois que cette opinion est mal fondée. Les hernies sont aussi fréquentes chez les sujets maigres que chez ceux qui sont doués d'embonpoint (1).

On peut rencontrer dans le sac herniaire une portion des organes contenus dans la cavité abdominale, mais le plus souvent ce sac contient une portion d'épiploon ou d'intestin, et quelquefois une portion de l'un et de l'autre.

---

(1) La hernie ombilicale doit faire exception à cette règle, car elle est beaucoup plus fréquente chez les sujets gras.

Le sac formé par le péritoine peut s'échapper par tous les points de la région abdominale, mais cette issue a lieu plus souvent à travers l'anneau de l'oblique externe, sous le ligament de Poupart et par le nombril : elle s'observe aussi quelquefois sur d'autres points de l'abdomen. Une hernie très-rare est celle qui traverse le diaphragme pour se porter dans le thorax.

On ne peut concevoir ce passage d'une portion d'intestin dans la cavité thorachique qu'en supposant le déchirement antécédent d'une portion du diaphragme ; je suis néanmoins convaincu que cette opinion est souvent mal fondée. Quelquefois les enfans naissent avec une perforation au diaphragme, vice de conformation qui, quand son ouverture offre un diamètre considérable, admet dans la cavité thorachique une si grande quantité des organes abdominaux, que la présence de ces derniers empêchant les fonctions du cœur et des poumons, détermine la mort de ces sujets au moment de la naissance. Quand la perforation du diaphragme est petite, elle forme le principe de la hernie que j'ai déjà décrite, et qui peut être appelée, pour cette raison, hernie diaphragmatique (1). Tout le

(1) Un cas de cette espèce s'est présenté au docteur *Clarke*, qui l'a publié dans le second volume des Tran-

monde sait que le siège le plus fréquent de la hernie chez l'homme est l'anneau du muscle oblique externe, dont le diamètre est beaucoup plus considérable chez l'homme que chez la femme. Le siège le plus fréquent des hernies chez la femme est l'arcade crurale et l'anneau ombilical. La raison de la fréquence des hernies dans le premier siège, est la forme particulière du bassin chez la femme, forme qui, chez elle, laisse sous le ligament de Poupart un espace plus considérable que chez l'homme, en sorte que les organes abdominaux trouvent sur ce point une résistance plus facile à vaincre. Les causes de la hernie ombilicale chez la femme appartiennent sans doute aux grossesses multipliées. Pendant les différentes périodes de la gestation, l'anneau ombilical se dilate, et quand plusieurs grossesses se sont succédées, cet anneau ne récupère pas sa force primitive.

L'épiploon est, de tous les viscères abdominaux, celui que l'on rencontre le plus souvent dans le sac herniaire, sans doute parce que sa mobilité lui permet de s'échapper par toutes les ouvertures que présente l'abdomen; quand il a

---

sactions Médicales et Chirurgicales, page 118. Il a eu l'obligeance de me donner la pièce qui constate l'existence de cette hernie.

une fois franchi cette ouverture, il ne peut reprendre sa première place, ainsi que le fait une portion d'intestin, seconde cause de la fréquence de sa présence dans les hernies; quand l'épiploon a séjourné long-temps dans un sac herniaire, il se transforme en une masse dure qui tantôt n'a point de connexion avec le sac, et qui d'autres fois contracte avec la surface interne de ce sac des adhérences nombreuses, souvent l'épiploon, ainsi contenu, n'offre aucune trace d'inflammation, d'autres fois il est atteint d'une inflammation vive qui se termine par gangrène.

Fréquemment une portion d'intestin occupe seule le sac herniaire; souvent aussi elle s'y trouve en contact avec une portion d'épiploon (1); tantôt cette anse intestinale est très-petite, tantôt elle est très-volumineuse. Très-souvent les intestins continuent leurs fonctions, très-souvent aussi ces fonctions sont interrompues

---

(1) Il est toujours heureux pour l'intestin de se trouver protégé par l'épiploon dans le cas d'étranglement, car on remarque que quand une anse intestinale est seule étranglée, les accidens sont rapides et le danger imminent. Dans cette dernière supposition, il faut nécessairement opérer au commencement du troisième jour au plus tard.

(*Note du Traducteur.*)

par une inflammation violente qui se termine fréquemment d'une manière funeste. Cette inflammation est le résultat d'une pression vive exercée par la partie la plus étroite du sac sur l'anse intestinale, dans le point abdominal qui livre passage à la tumeur. Cette inflammation présente à la dissection les mêmes phénomènes que ceux que nous avons déjà signalés tant de fois. L'intestin est aussi souvent frappé de gangrène, qui se reconnaît à la couleur noire, à la perte d'élasticité et au gaz développé dans cet intestin. Quand l'inflammation de l'anse intestinale contenue dans un sac herniaire a été assez légère pour que cette inflammation se termine par résolution, il en résulte des adhérences qui fixent l'intestin à la surface interne du sac; ces adhérences peuvent aussi être produites par un contact intime et prolongé sans aucun signe d'inflammation évidente.

Quand un sac herniaire est récent, il offre une membrane mince, ferme, blanche et opaque, qui n'est autre chose qu'un prolongement du péritoine, un peu épaissi par la pression (1); quand

(1) Dans quelques cas de hernie ombilicale, le docteur *Marshall* n'a pu découvrir aucune trace de sac péritonéal. Dans ces cas, sans doute, le péritoine, cédant à la distension, se sera déchiré, et les bords de ce déchirement auront contracté des adhérences avec les parties voisines.

le sac herniaire est ancien, il est ordinairement très-épais, et on y distingue aisément plusieurs couches; la face interne du sac est lisse et polie; la membrane qui la tapisse peut être facilement suivie sur le péritoine; la surface externe de ce sac offre un tissu épais et comme rugueux. Ce sac, au moment où il sort de la cavité abdominale, a souvent un col retréci, au-dessous duquel ses dimensions sont considérables; quelquefois la communication de l'abdomen avec le sac s'établit par une large ouverture.

Hernie congénitale.

Dans le bubonocèle le sac est le plus ordinairement très-distinct de la tunique vaginale du testicule; quelquefois néanmoins cette distinction n'existe pas, et les organes qui constituent la hernie sont en contact avec le testicule même. Cette espèce de hernie est connue sous le nom de congénitale. On supposait autrefois que ce phénomène résultait du déchirement d'une portion du sac et de la tunique vaginale, qui, livrant passage aux organes, favorisait ainsi le contact dont nous avons parlé. La plus simple réflexion aurait dû démontrer l'impossibilité d'un pareil phénomène, bien que sa cause restât inconnue jusqu'à l'explication qui en fut donnée par le docteur

Hunter. Le baron *Haller* découvrit que les testicules ne descendent pas dans le scrotum du fœtus avant le huitième mois, et qu'ils sont jusqu'à cette époque situés dans la cavité abdominale sous les reins. Quand ils descendent dans le scrotum, ils poussent devant eux à travers l'anneau de l'oblique externe la portion du péritoine qui le recouvre. Ce prolongement péritonéal forme un sac dont la partie supérieure communique avec l'abdomen. Le baron *Haller* a aussi observé que chez les enfans une portion d'intestin suit quelquefois la marche du testicule, ou l'accompagne pour constituer la hernie congénitale. La communication entre le sac et l'abdomen est ordinairement fermée, tantôt au moment même de la naissance, tantôt peu de temps après. Il paraît néanmoins que quand l'extrémité supérieure de cette espèce de sac n'a pas été fermée à l'époque ordinaire, elle reste dilatée pendant toute la vie. Il en résulte que si une portion d'intestin, ou d'épiploon, s'engage dans le prolongement péritonéal, elle se trouve en contact avec le testicule. Quand le docteur *Hunter* connut les observations du baron *Haller* sur la marche des testicules, il conçut de suite la possibilité d'expliquer la formation de ces espèces de hernies chez les adultes, dans lesquels une portion d'épiploon, ou d'in-

testin, est en contact avec le testicule. Cette explication s'accorde avec celle que je viens de donner; elle est généralement admise par les anatomistes et les chirurgiens modernes.

Squirrhe et Cancer des Intestins.

On observe plus souvent le squirrhe des gros intestins que celui des grêles; cependant ces derniers n'en sont pas exempts : j'ai trouvé une tumeur squirrheuse et un ulcère cancéreux occupant le duodénum. Chez un sujet avancé en âge, le squirrhe des gros intestins n'est pas rare. Il ne frappe pas également tous les points de leur développement; il établit plus particulièrement son siège à la courbure sigmoïde du colon ou dans le rectum, phénomènes qui dépendent sans doute des circonstances suivantes : la membrane interne des gros intestins offre un tissu plus glanduleux à son extrémité inférieure que par-tout ailleurs; or, cette espèce de tissu est plus que toutes les autres exposée à la dégénérescence squirrheuse; l'intestin, plus retréci à sa courbure sigmoïde, est plus exposé à l'irritation qui peut être produite par le passage des corps durs qui traversent ce détroit, ou cette irritation peut produire le squirrhe dans un point qui s'y trouve déjà prédisposé.

Le squirrhe quelquefois occupe une portion d'intestin dans l'étendue de plusieurs pouces ; mais ordinairement il est plus circonscrit. Ce squirrhe présente la même texture que le squirrhe de l'estomac dont nous avons parlé. Les membranes péritonéale, musculeuse et muqueuse sont plus épaisses et plus dures que dans l'état naturel. La musculeuse offre des intersections membraneuses, et la muqueuse se roule quelquefois en replis durs et irréguliers. Souvent l'ulcération de la membrane interne produit le cancer. Il ne reste plus de trace de l'organisation de l'intestin qui paraît converti en une substance cartilagineuse ; le squirrhe produit toujours le retrécissement de l'intestin, souvent même son occlusion presque complète. Le retrécissement quelquefois paraît plus considérable qu'il ne devrait être en raison de l'épaisseur des tuniques intestinales. Ce phénomène dépend sans doute de la contraction des fibres musculeuses qui, quoique malades, n'ont pas perdu entièrement leurs facultés. Quand le tube intestinal est entièrement obstrué, on observe un développement très-considérable de l'intestin au-dessus de l'occlusion ; ce développement résulte de l'accumulation des matières fécales dans cette région : tandis que la maladie fait des progrès sur une portion de l'intestin, des adhérences

s'établissent entre celui-ci et les organes voisins, et l'ulcération souvent s'étend de l'un à l'autre.

Changemens pathologiques des Intestins dans la Dyssenterie.

J'ai vu souvent la membrane interne des gros intestins très-épaissie présenter des petits tubercules irréguliers, tantôt blancs, tantôt jaunes; les tuniques péritonéale et musculeuse étaient aussi plus épaisses et plus dures que dans l'état naturel. Dans plusieurs points la membrane interne paraissait détruite, et la surface des tubercules offrait quelquefois des fentes qui les faisaient ressembler à des petits poireaux ordinaires. Ce phénomène assez rare a été observé dans les dyssenteries de mauvais caractère, comme celles qui règnent dans les camps. Dans les cas ordinaires des dyssenteries très-fréquentes en automne dans ce pays, on ne l'observe point, du moins je ne l'ai jamais rencontré. Quand ces dyssenteries se terminent d'une manière funeste, on remarque un grand nombre d'ulcères sur la membrane interne des gros intestins, ainsi que sur celle des intestins grêles.

Replis épaissis de la Membrane interne des gros Intestins.

J'ai vu la membrane interne des gros intestins, roulée en replis larges et épais, offrir une quantité de sang considérable. Ces replis ne dépendaient point de la contraction de la tunique musculeuse, et ne ressemblaient en rien aux rides irrégulières qu'on aperçoit souvent sur la membrane interne des gros intestins. En examinant ces replis, on voit qu'ils se composent d'un tissu cellulaire abondant uni à la membrane interne de l'intestin.

La membrane interne des gros intestins présente quelquefois des prolongemens à deux pouces environ au-dessus de l'anus; ordinairement ces prolongemens sont disposés en manière de cercles, à de très-petites distances.

Hémorroïdes.

Les hémorroïdes et les fistules à l'anus, maladies très-fréquentes, sont peu examinées sur le cadavre; aussi leurs phénomènes pathologiques sont-ils moins signalés généralement que ceux qui appartiennent à d'autres maladies plus rares. Les hémorroïdes sont des tumeurs molles situées ordinairement près la marge de l'anus, d'une

forme arrondie, tantôt régulière, tantôt irrégulière ; elles sont recouvertes par une enveloppe mince, composée de la peau très-fine qui avoisine l'anus, et de la membrane interne du rectum. Ces tumeurs sont généralement intactes ; quelquefois néanmoins elles sont percées d'une ouverture qui souvent laisse échapper une quantité de sang considérable. Ces tumeurs sont formées par l'accumulation du sang dans les veines développées dans le voisinage de l'anus. Ces veines sont des branches de la veine iliaque interne, et s'anastomosent avec les branches inférieures de la petite mésaraïque.

On trouve aussi très-souvent de ces tumeurs dans la cavité du rectum ; on les a nommées hémorroïdes internes. Elles résultent du développement de quelques ramifications de la petite mésaraïque. Les hémorroïdes sont plus fréquentes chez les vieillards que chez les jeunes sujets ; elles sont produites par les obstacles qui forcent le sang à séjourner à la partie inférieure du rectum ; or, ces obstacles sont plus multipliés chez les vieillards que chez les jeunes gens. Elles sont aussi plus communes chez la femme que chez l'homme. Ce phénomène appartient à plusieurs causes : l'utérus, pendant la grossesse, s'oppose fortement au retour du

sang qui parcourt le rectum ; aussi une femme qui a eu plusieurs enfans est rarement exempte d'hémorroïdes. D'ailleurs, les femmes plus que les hommes permettent aux matières fécales de séjourner dans le rectum ; c'est une nouvelle cause qui s'oppose au retour du sang (1).

Fistules à l'anus.

Les fistules à l'anus sont des conduits étroits situés à l'extrémité inférieure du rectum ; on les reconnaît aux signes suivans : leurs bords sont calleux, leur surface interne est lisse et secrète du pus (2). Cette maladie consiste dans un canal terminé extérieurement par une très-petite ouverture sur le bord de l'anus ; ce canal peut aussi se diviser en plusieurs branches. Outre son ouverture extérieure, ce même canal a très-souvent une petite ouverture à la surface interne de l'intestin, quelquefois l'ouverture existe dans l'intestin sans ouverture extérieure voisine

---

(1) On ne saurait trop répéter que les hémorroïdes sont souvent la source des fistules à l'anus.

(*Note du Rédacteur.*)

(2) M. *Hunter* a observé, dans ses lectures sur la chirurgie, que les fistules ont une surface interne lisse, comme toute surface secrétoire : le canal de l'urètre, par exemple.

de l'anus (1) : Toutefois on trouve plus souvent une ouverture extérieure seule, ou deux ouvertures, savoir l'une externe et l'autre interne.

Rectum terminé en cul-de-sac.

L'extrémité inférieure du rectum, au lieu de former l'anus comme de coutume, se termine quelquefois en une espèce de cul-de-sac, qui n'a point de communication avec la surface externe : quelquefois cette extrémité de l'intestin est voisine de cette surface externe; d'autres fois elle en est à une certaine distance. Dans ce cas, il existe une apparence d'anus, mais l'ouverture est beaucoup plus resserrée que de coutume. On peut parfois remédier à ce vice de conformation par une opération chirurgicale : l'ouverture pratiquée à l'extrémité inférieure de l'intestin a une telle tendance à se refermer, que le succès de l'opération est très-incertain; néanmoins, dans un petit nombre de cas à la vérité, cette opération a réussi complètement.

---

(1) Quoiqu'en dise le docteur *Baillie*, il n'existe point de fistule à l'anus sans deux ouvertures; l'une répondant à la face interne de l'intestin, et l'autre extérieure plus ou moins voisine de l'anus. (*Note du Traducteur.*)

Rectum terminé dans la vessie.

J'ai vu aussi le rectum se terminer dans la vessie, vice de conformation qui ne laissait au rectum d'autre ouverture extérieure que celle du canal de l'urètre. Ce phénomène se manifesta chez un enfant, au moment de sa naissance. Ce vice de conformation étant au-dessus de tous les moyens de l'art, devint bientôt funeste.

Le rectum s'est aussi quelquefois terminé dans le vagin, mais cette erreur de la nature est très-rare.

Vers.

Des vers naissent dans les intestins de l'homme ainsi que dans ceux des autres espèces d'animaux ; on les observe néanmoins plus fréquemment chez ces derniers. En ouvrant les intestins de beaucoup de quadrupèdes et de poissons, on y trouve très-souvent des vers en grand nombre.

Les vers qu'on rencontre chez l'homme se réduisent à trois classes, le lombric, le *tænia* et l'ascaride (1).

---

(1) Les modernes ont établi un plus grand nombre de genres. Voy. *Cuvier*, Tableau Elémentaire d'histoire naturelle des animaux, page 633.

Lombricus teres, *Ver lombric* (1).

Le *lombricus teres*, ou ver long et grand se trouve plus souvent dans le tube intestinal des enfans que dans celui des adultes ou des vieillards. Très-fréquent dans la première période de la vie, il est rare dans les autres. Le ver lombric diffère du ver de terre ordinaire; mais les praticiens de ce pays ont fait peu de recherches pour établir la différence qui existe entre eux. En examinant attentivement ces deux espèces de vers, on trouve de grandes différences dans leur conformation. Le lombric offre des extrémités plus pointues que le ver de terre; sa bouche est formée de trois prolongemens séparés par une cavité; la bouche du ver de terre consiste en une petite fente longitudinale placée sur la face inférieure d'une petite tête arrondie. Sur cette face inférieure, ce ver porte aussi un repli semi-lunaire, dans lequel la tête peut se cacher, et dont elle peut s'élancer, repli que n'offre jamais le ver lombric. L'anus du lombric s'ouvre à sa face inférieure, près de son extrémité postérieure, par une fente transversale et recourbée; l'anus du ver de terre se termine au sommet de son extrémité par une ouverture

(1) Ou *Ascaride lombrical.* (Cuvier.)

ovale. L'enveloppe du lombric est moins charnue et moins ridée transversalement que celle du ver de terre ; dans ce dernier on aperçoit souvent une bande large et jaune qui enveloppe le corps du ver ; cette bande ne s'observe pas dans le lombric. De chaque côté du lombric il existe une ligne longitudinale très-prononcée, la moitié supérieure du ver de terre offre trois lignes longitudinales, mais elles sont si peu marquées, qu'on les aperçoit à peine ; le lombric n'offre rien qui ressemble à des pieds, tandis que sur la face inférieure du ver de terre, mais plus particulièrement près de son extrémité postérieure, on aperçoit de chaque côté un quadruple rang d'élévations sensibles à la vue et au toucher, qui tiennent évidemment lieu de pieds dans la locomotion de ce reptile.

Ces deux espèces de ver offrent aussi une organisation bien différente. Le lombric a un canal intestinal qui paraît uniforme et lisse ; il s'étend d'une extrémité à l'autre ; près de la tête, ce canal est plus qu'en aucun autre point retréci dans une certaine étendue, qu'on pourrait considérer comme un œsophage ; dans le ver de terre, l'estomac large présente deux cavités, le canal intestinal est aussi plus développé, on y remarque des petites poches qui n'existent point dans le lombric. Les organes de

la génération diffèrent aussi beaucoup. Dans le dernier, on reconnaît les caractères qui distinguent le mâle ou la femelle; dans le ver de terre, ces caractères distinctifs n'existent pas, on dirait que le ver est hermaphrodite : un coup-d'œil peut saisir aisément la différence des organes générateurs de l'un ou l'autre ver; l'extrémité antérieure du ver de terre porte une petite tumeur ovalaire qui ressemble beaucoup à la substance médullaire du cerveau : cette petite tumeur ne se rencontre point dans le lombric (1). Telles sont les principales différences qui existent entre ces deux vers, et qu'on aperçoit facilement. Ceux qui voudront examiner avec soin les détails anatomiques qu'ils présentent, pourront sans doute découvrir encore d'autres points de dissemblance.

Tænia, *ou ver solitaire* (2).

Le *tænia* que l'on trouve très-souvent dans

---

(1) Je ne connais point cette substance; je dis seulement qu'elle ressemble à la substance médullaire du cerveau, pour en donner une description plus claire.

(2) Rien de plus inexact que la dénomination de ver solitaire. En effet, ce ver peut exister avec le lombric ou l'ascaride, et même avec tous les deux à-la-fois. Je dirai plus : le même individu peut porter plus d'un tænia.

(*Note du Traducteur.*)

le tube intestinal de l'homme, est de deux espèces; savoir : le *tænia solium* et le *tænia lata*.

Tænia solium.

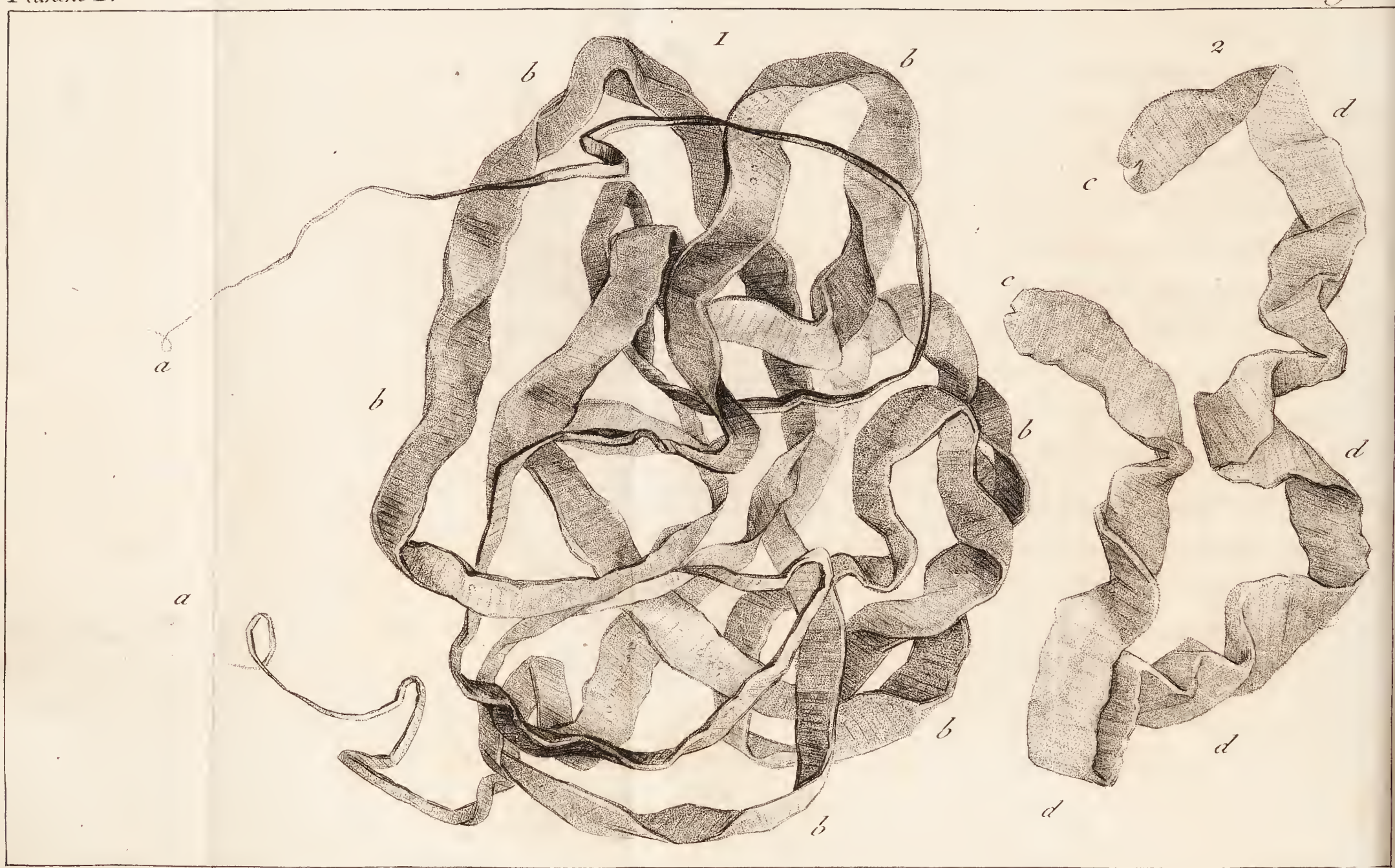
Le *tænia* développé souvent dans les intestins des Allemands, existe rarement chez les habitans de la Grande-Bretagne; il se compose d'une infinité de parties distinctes qui sont unies par des espèces d'articulations. Ces points articulés ordinairement sont d'une couleur très-blanche, quelquefois brune, couleur due au liquide contenu dans les vaisseaux qui s'y distribuent. Ce ver est le plus souvent très-long, son étendue est fréquemment de plusieurs verges; il est rarement expulsé en entier, aussi les deux extrémités de ce ver ont-elles été rarement observées.

La tête de ce ver presque carrée jette en avant un prolongement retréci, le milieu de ce prolongement offre une ouverture circulaire distincte : du contour de cette ouverture partent des prolongemens déliés et recourbés; près des angles du rebord carré de la tête, sont situées quatre ouvertures arrondies placées à des distances égales. Cette tête est appuyée sur une portion étroite et articulée du ver, d'une grande étendue, et qui s'élargit en proportion des articulations dont ce ver se compose.

Le corps du *tænia* consiste en une réunion d'articulations minces aplaties, assez longues, dont un des bords supporte un prolongement qui présente une ouverture remarquable. Dans le même ver plusieurs des lames articulées paraissent plus longues que les autres; phénomène qui dépend sans doute de ce que quelques-unes d'elles sont contractées, tandis que les autres sont relâchées. Les ouvertures dont j'ai parlé sont ordinairement placées alternativement sur les côtés des lames articulées; mais cette disposition n'existe pas toujours. Elles sont quelquefois placées sur le même bord de deux lames articulées, ou d'un plus grand nombre. Quand on examine attentivement ces articulations, on y aperçoit des vaisseaux remplis d'un fluide brunâtre. Ces vaisseaux présentent des ramifications nombreuses. Le long de chacun des bords des articulations serpente un canal très-distinct (1). La dernière articulation du *tænia* ressemble beaucoup aux autres articulations; arrondie à son extrémité, elle n'offre point d'ouverture.

---

(1) Ce canal, ainsi que les ramifications des vaisseaux, s'aperçoivent très-facilement dans des pièces préparées par un habile chirurgien, M. *Carliste*, qui a bien voulu me les offrir.



Tænia

Tænia lata.

Le *tænia lata* si fréquemment rencontré dans les intestins des habitans de la Suisse, s'observe rarement chez les habitans de la Grande-Bretagne. Les articulations qui le composent sont courtes et larges. L'ouverture n'occupe pas le bord de chaque articulation comme dans le *tænia solium;* elle est située sur le milieu de sa surface aplatie; ces ouvertures sont entourées de vaisseaux courts, disposés en rayons; sa tête, de forme ovale, est si petite, que sa structure ne peut être aperçue par l'œil nud. Sa queue se termine par deux prolongemens étroits, dont l'un est plus long que l'autre (1).

D'autres espèces de *tænia* ont été quelquefois trouvées dans les intestins de l'homme, mais je n'ai jamais eu l'occasion de les observer.

---

(1) En jetant les yeux sur la planche première, fig. *a*, on voit un *tænia* terminé par deux extrémités filiformes. Ce *tænia*, trouvé dans le tube intestinal du général d'artillerie *Songis*, prouve que cette espèce de ver n'a pas toujours une queue terminée par deux prolongemens. Ne serait-il pas plus exact de dire que ces prolongemens sont le résultat de la laxité des bords de ce ver, quand il a été rompu par des tractions faites sur lui chez le vivant?

La figure *b*, qui présente un débris de la partie moyenne du corps d'un autre *tænia*, paraît offrir à son extrémité

Ascaride (1).

L'ascaride est un ver très-petit qu'on rencontre souvent à l'extrémité inférieure du rectum chez les enfans, quelquefois même chez les adultes (2). Il est blanc, sa longueur est d'un demi-pouce environ. L'extrémité qui supporte sa tête est très-étroite ; son autre extrémité se termine par un prolongement long, délié et transparent. Ces vers sont plus ou moins enveloppés par le mucus fourni par les glandes de la membrane interne du rectum, dont la secrétion est augmentée par l'irritation que ces vers déterminent.

Trichuris. *Trichure* ou *Trichocéphale.*

On a trouvé quelquefois ce ver dans les gros intestins de l'homme, sur-tout dans le cœcum.

---

deux terminaisons à-peu-près semblables à ce qu'on appelle vulgairement la queue, phénomènes qui militent en faveur de l'opinion émise plus haut.

Je dois la connaissance de ce ver au docteur *Mac-Mahon*, dont la modestie égale l'instruction et le talent.

(*Note du Traducteur.*)

(1) Ascaride vermiculaire. (*Cuvier.*)

(2) On l'observe aussi chez les vieillards.

(*Note du Traducteur.*)

Il ressemble beaucoup à l'ascaride, mais il est beaucoup plus large; il a une queue très-longue et transparente. Sa tête porte un prolongement en forme de trompe, qu'il peut alonger ou contracter au besoin. Rien n'est moins connu que l'origine des vers intestinaux. Si on les observait vivans hors du corps des animaux, on pourrait aisément supposer que leurs œufs, mêlés aux alimens ou aux boissons introduits dans l'estomac de l'homme, ont pu s'y développer; mais comment admettre cette supposition, puisque ces vers ne peuvent exister que dans le corps vivant, siège exclusif de leur développement et de leur résidence? Il faut recourir à une autre hypothèse, et supposer que les vers intestinaux sont produits par une matière contenue dans les intestins, matière qui n'a point avant une organisation régulière; mais cette hypothèse n'offre aucune analogie avec toutes les productions animales qu'on a eu l'occasion de bien observer. Aussi l'origine de ces vers est-elle enveloppée d'une obscurité qui, je le crois bien, ne sera pas dissipée de sitôt.

Air accumulé dans les Intestins.

Il n'est pas rare de trouver une quantité plus ou moins grande d'air accumulé dans les intestins; cette accumulation est quelquefois ac-

compagnée d'une légère inflammation du péritoine ; dans ce cas, les vaisseaux sanguins qui rampent à la surface des intestins sont parfois remplis d'air ; plus fréquemment ils n'en contiennent pas. L'air souvent dégagé dans les intestins après la mort, est un produit de la putréfaction ; mais l'air dont nous parlons ici est dégagé pendant la vie.

On peut attribuer le développement de l'air dans les intestins à deux causes. La première est la disposition particulière des matières contenues dans les intestins, favorisant le dégagement de cet air. L'autre cause appartient aux vaisseaux sanguins, dans lesquels l'air développé est porté dans les intestins au moyen des vaisseaux exhalans. On ne peut révoquer en doute cette propriété ; pour moi je pense que c'est de cette manière qu'est produit le plus souvent l'air contenu dans les intestins. Cet air offre sans doute des différences dans les différentes circonstances. Dans les expériences auxquelles je l'ai soumis, je n'ai pu y découvrir aucune trace d'air inflammable ; mais j'y ai trouvé une grande quantité d'air fixe. Il est nécessaire que cet air soit analysé par des personnes familiarisées avec les expériences chimiques, afin qu'on puisse connaître avec détails ses parties constituantes.

Matière osseuse formée dans les Intestins.

Après avoir parlé des états pathologiques le plus fréquemment observés dans l'organisation des intestins, je dois parler des phénomènes plus rares que j'ai eu aussi l'occasion d'y rencontrer. Dans une ou deux circonstances, j'ai vu une espèce de matière osseuse formée à la surface de la membrane interne de l'intestin : j'ai vu aussi l'ossification d'une adhérence qui unissait deux portions intestinales; il paraît que presque tous nos organes peuvent s'ossifier, et cette ossification est dans ce cas une erreur de la nature. Une adhérence établie par le moyen du tissu cellulaire a, comme ce même tissu, (autant que l'on peut en juger) la faculté de subir différentes modifications. Elle peut donc s'ossifier aussi facilement que le tissu cellulaire, ou toute autre membrane comme la plèvre et le péritoine.

Anneau saillant formé dans la cavité du Jéjunum.

J'ai vu une fois les valvules conniventes beaucoup plus larges que de coutume, former une espèce d'anneau dans la cavité du jéjunum; le diamètre du canal était très-retréci sur ce point, mais il n'en résulta aucun accident.

Cette conformation vicieuse pouvait néanmoins être la source d'une maladie mortelle. En effet, une substance trop volumineuse pour franchir ce détroit, et obligée de rester au-dessus de l'anneau, y produirait l'inflammation, l'ulcération, et enfin la mort.

Calculs dans les Intestins.

Une matière calculeuse a été trouvée quelquefois dans un des points du tube intestinal, et particulièrement dans les gros intestins. Je n'en ai jamais rencontré ; je crois que ce phénomène s'observe très-rarement chez l'homme (1).

Pustules varioliques dans les Intestins.

On prétend avoir rencontré des pustules varioliques dans le tube intestinal de sujets emportés par cette maladie. Je ne prétends pas nier l'existence de ce phénomène, mais des dissections faites récemment, et avec le plus grand soin, n'ont pas confirmé ce fait.

---

(1) Voyez *Lieutaud*, tom. I, pag. 77 et 78.

Phénomènes pathologiques du Mésentère.
Mésentère enflammé.

Le mésentère présente souvent un état inflammatoire qu'il partage presque toujours avec le péritoine. Le mésentère enflammé est plus épais et plus dense que dans son état naturel. Les gros vaisseaux sanguins placés entre ses lames et les glandes absorbantes s'aperçoivent à peine ; ces différens phénomènes dépendent de la quantité de lymphe coagulable qui est séparée pendant ce travail inflammatoire. Le péritoine dont les replis forment les lames du mésentère, est plus ou moins recouvert d'une couche de lymphe coagulable. On trouve quelquefois de la suppuration sur la surface enflammée du mésentère ; on a même rencontré des abcès dans l'interstice de ces lames ; mais ce phénomène est très-rare.

On trouve rarement le mésentère dans un état de gangrène, à moins qu'il ne partage cet état avec des portions du tube intestinal. Cette coïncidence a été observée plusieurs fois. La gangrène du mésentère présente les phénomènes que nous avons déja décrits, et qui appartiennent aux autres organes frappés de mort.

Glandes du Mésentère scrophuleuses.

Les glandes absorbantes du mésentère sont souvent atteintes de scrophules, mais plus fréquemment chez les enfans que chez les sujets plus avancés en âge. Ces glandes offrent des différences en raison des progrès de la maladie; leur volume est augmenté; elles sont souvent plus molles au toucher que dans l'état naturel. Quand on les incise, on y retrouve quelquefois toute leur organisation, mais plus souvent elles sont converties en une matière blanche, molle, floconneuse, mêlée, dans quelques circonstances, à une certaine quantité de pus (1).

Glandes Mésentériques cancéreuses.

Quand une portion du tube intestinal est frappée de cancer, plusieurs glandes du mésentère sont aussi atteintes de cette affection qui leur est communiquée par les vaisseaux absorbans dont l'action porte à ces glandes la matière cancéreuse. Ces glandes parviennent à un

---

(1) Rien de plus commun que cette affection dans certains quartiers de Paris. Parcourez les rues étroites, humides et infectes que le soleil ne visite jamais, et sur dix enfans vous en trouverez six au moins qui présenteront de pareils phénomènes. (*Note du Traducteur.*)

volume considérable, et forment des masses dont la structure est squirrheuse et cancéreuse.

Glandes du Mésentère converties en une matière terreuse ou osseuse.

Les glandes absorbantes du mésentère sont quelquefois remplies d'une matière terreuse ou osseuse, mais ce phénomène est très-rare (1). On le rencontre plus souvent dans les glandes absorbantes qui environnent la racine des poumons.

On a trouvé aussi des hydatides qui adhéraient au mésentère.

Des tumeurs graisseuses ont été également observées sur le mésentère, mais très-rarement.

Symptômes.

L'inflammation des intestins se reconnaît aux phénomènes suivans : douleur aiguë dans l'abdomen, vomissemens, constipation opiniâtre, fièvre symptômatique accompagnée d'un pouls fréquent, petit et dur; le pouls néanmoins est quelquefois peu altéré, malgré la violence de l'inflammation.

---

(1) *Voy.* Méd. Transactions, vol. I, p. 361.

Les symptômes qui caractérisent l'intus-susception, sont les mêmes que ceux de l'inflammation des intestins, phénomène qui est souvent lui-même le produit de cette intus-susception. Cette maladie se termine beaucoup plus fréquemment d'une manière funeste que l'inflammation des intestins, parce qu'elle est au-dessus de tous les moyens employés par la médecine.

La hernie qui n'est point compliquée d'un étranglement intestinal, se reconnaît aux symptômes suivans : tumeur pâle à la région affectée; quelquefois le sujet ressent dans la tumeur une douleur légère qui s'étend parfois à tout l'abdomen; la tumeur est poussée au-dehors par la toux; elle rentre dans la cavité par le taxis, ou dans le décubitus horizontal longtemps continué. Quand la hernie est ancienne et volumineuse, souvent elle ne peut être réduite par le taxis, quoiqu'elle ne soit point compliquée d'étranglement.

Quand cette complication existe, les symptômes de l'inflammation des intestins se manifestent; car l'étranglement produit cette inflammation. Ces symptômes sont une douleur dans la tumeur, douleur qui gagne tout l'abdomen; nausées, vomissemens, constipation opiniâtre, chaleur, pouls ordinairement petit, fréquent

et dur; la terminaison funeste de cette maladie est accompagnée de hoquets et de vomissemens de matières jaunes et fétides. Les nausées dont j'ai parlé sont beaucoup plus fâcheuses que celles qui accompagnent le dérangement ordinaire de l'estomac ; le pouls quelquefois, dans cette circonstance, n'est pas très-fréquent, quoique l'opération pratiquée constate, d'une manière évidente, l'intensité de l'inflammation. Cette observation est de la dernière importance, puisqu'elle démontre que le degré de l'inflammation ne peut pas être apprécié par l'état du pouls, et qu'elle prouve que l'opération ne doit pas être ajournée, malgré le peu de fréquence des pulsations, quand les efforts pour obtenir la réduction ont été inutiles.

Quand une suppuration abondante est fournie par un ulcère occupant une portion d'intestin, le pus qui accompagne les matières fécales est souvent mêlé à une certaine quantité de sang. Le malade éprouve souvent des douleurs intestinales très-aiguës, accompagnées de fréquentes évacuations alvines. Souvent le pouls n'est pas d'abord plus fréquent que dans l'état de santé, mais il devient ensuite accéléré. L'appétit est peu diminué.

Quand les gros intestins sont atteints de squirrhe, ordinairement cette affection a fait

quelques progrès avant que le malade ait paru s'en inquiéter. D'abord il existe de la douleur sur le point affecté; le malade se plaint seulement de constipation ou de difficulté des évacuations alvines. Mais quand l'affection est plus ancienne, le malade ressent une douleur plus vive, sur-tout quand il obéit au besoin d'évacuer les matières fécales. Quelquefois une douleur sympathique s'étend jusqu'au sacrum et aux hanches. Quand on examine les matières fécales, on les trouve retrécies, plus ou moins aplaties, et quelquefois enveloppées d'un mélange de mucosités, de suppuration et de sang. Le pouls, au commencement de cette maladie, est naturel, ensuite il est accéléré. Dans les dernières périodes de la maladie, le visage pâlit, les forces se détruisent, le corps maigrit et le malade succombe (1).

---

(1) La tumeur squirrheuse qui occupe une portion du tube intestinal, devient plus ou moins lentement cancéreuse. Ces sortes de tumeurs, en diminuant le diamètre des intestins, déterminent des coliques fréquentes, et doivent amener, en dernière analyse, les symptômes de la hernie étranglée. Dans ce cas, la marche de ces symptômes est plus lente, mais elle n'en est pas moins sûrement mortelle. C'est ainsi que j'ai vu périr, il y a deux mois, un homme de cinquante-cinq ans : il souffrait depuis plus de quinze ans de cette affection, qui occupait la partie

Un ulcère du rectum s'est-il étendu jusqu'à la vessie, on reconnaît ce phénomène au passage de l'air qui accompagne le jet urineux, et à l'urine qui se mêle aux matières stercorales en plus ou moins grande quantité. Des douleurs aiguës sont par fois ressenties à la partie inférieure du ventre; le pouls, quelquefois accéléré, n'est souvent pas plus fréquent que dans l'état de santé.

Dans la dyssenterie, le malade éprouve dans l'abdomen des douleurs de coliques qui souvent sont extrêmement aiguës; l'irritation des intestins détermine des évacuations fréquentes, qui sont accompagnées d'un mucus teint de sang, quelquefois de matières blanchâtres, de filamens membraneux, de suppuration, et par intervalles de matières fécales endurcies. Le ténesme vient se joindre aux évacuations alvines, une fièvre plus ou moins forte accompagne ces différens symptômes.

Les hémorroïdes se reconnaissent à des tumeurs placées dans le voisinage de l'anus ou dans l'extrémité inférieure du rectum, à une douleur déterminée par le passage des matières

---

supérieure du rectum. Les intestins gros et grêles étaient beaucoup plus développés que de coutume.

(*Note du Traducteur.*)

fécales, souvent à des évacuations sanguinolentes, et plus souvent encore à un sentiment d'irritation dans le siège de ces tumeurs. Cet état pathologique est fréquemment précédé d'autres affections, telles que céphalalgie, difficulté de respirer, coliques et douleurs lombaires.

Les symptômes qui accompagnent le ver rond sont la tuméfaction de l'abdomen, l'émaciation des extrémités, l'haleine fétide, l'appétit troublé, souvent moins et quelquefois plus prononcé que dans l'état de santé. Les évacuations alvines sont mêlées à des matières muqueuses; le malade se frotte souvent le nez, il grince les dents pendant son sommeil.

Les personnes tourmentées par le *tænia* se plaignent d'un sentiment de douleur vive et de pincement dans la région épigastrique; ce sentiment est détruit ou diminué quand le malade mange; l'appétit est ordinairement plus vorace que dans l'état naturel, d'autres fois il l'est beaucoup moins. Les sujets qui portent un *tænia* éprouvent communément une démangeaison de la membrane des fosses nasales, souvent des nausées, des coliques, des vertiges, quelques-uns se plaignent de la toux et de convulsions accidentelles.

Les ascarides logés dans les replis du rectum

y produisent un état de mal-aise et une démangeaison fatigante. Un sentiment de chaleur vers l'extrémité de cet intestin est accompagné de ténesme et d'évacuations alvines muqueuses. Les mucosités mêlées de sang entraînent souvent au dehors des ascarides vivans (1).

L'air accumulé en petite quantité dans les intestins se reconnaît à un développement abdominal et à ses déplacemens fréquens qui produisent des borborygmes et des tumeurs distinctes dans la région abdominale ; une certaine quantité d'air s'échappe tantôt par la bouche, tantôt par le rectum : à ces symptômes viennent se joindre de la constipation et des coliques.

Quand la collection d'air est très-considérable, elle constitue une maladie très-grave, connue sous le nom de tympanite : j'en ai rencontré deux ou trois exemples : le ventre extrêmement tendu, est très-sensible ; quand la main, appliquée sur l'abdomen, cesse de le comprimer, une réaction vive s'aperçoit à l'instant même, ainsi qu'on l'observe sur une vessie de bœuf distendue par l'air. La percussion du ventre produit le même bruit que la percussion d'une vessie remplie d'air, bruit qui n'est jamais

---

(1) *Voyez* Méd. Trans. du Collège, vol. I, p. 46.

obtenu quand on percute l'abdomen dans l'ascite ; on ne trouve point dans la tympanite la fluctuation qui existe évidemment dans l'ascite ; la difficulté de respirer est souvent produite par le volume de l'air qui, soulevant le diaphragme, en gêne les mouvemens ; des coliques vives sont souvent accompagnées de dégagement bruyant de gaz, soit par en haut, soit par en bas ; la constipation et la difficulté d'uriner sont fréquemment produites par l'accumulation de l'air dans le rectum.

Les symptômes de l'inflammation du mésentère ne peuvent pas être séparés de ceux qui accompagnent l'inflammation du péritoine, et ces symptômes ont déjà été décrits.

Les symptômes qui appartiennent au développement scrophuleux des glandes du mésentère ont une très-grande analogie avec ceux qui sont produits par les vers ronds des intestins (1). Dans ces deux suppositions, le ventre est tuméfié, les extrémités émaciées. On peut néanmoins les reconnaître à la sortie des vers

---

(1) Cette prétendue analogie me paraît inadmissible ; car dans l'engorgement scrophuleux, en palpant l'abdomen, on reconnaît facilement, non-seulement la résistance mais encore la configuration de l'engorgement, quelque profond qu'il soit. (*Note du Traducteur.*)

déterminée dans le dernier cas par l'usage de purgatifs drastiques. Le soubresaut des tendons, les grincemens de dents peuvent aussi établir des points de dissemblance entre ces deux maladies. Ces deux phénomènes, très-fréquens lorsqu'il existe des vers, ne se manifestent pas dans l'état scrophuleux des glandes mésentériques. Un examen soigné de l'idiosyncrase du sujet peut aussi aider à distinguer ces deux affections. Si des traces de scrophules se manifestent à l'extérieur, le praticien sera porté à croire que les glandes mésentériques sont atteintes de la même maladie.

CHAPITRE IX.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DU FOIE.

Inflammation de la membrane du Foie.

La membrane qui enveloppe le foie est souvent enflammée. Ce phénomène, fréquemment produit par l'inflammation du péritoine qui tapisse toute la cavité abdominale, est quelquefois borné à la seule membrane du foie. Quand

l'inflammation est ainsi circonscrite, elle établit son siège sur la portion qui recouvre la face antérieure ou la face convexe de cet organe. J'ai quelquefois rencontré des traces de cette inflammation sur la région du foie qui recouvre une portion de l'estomac et le duodénum.

L'inflammation de la membrane du foie présente les mêmes symptômes que l'inflammation du péritoine qui fournit cette membrane parcourue par un grand nombre de petits vaisseaux qui contiennent un sang vermeil ; elle est plus épaisse que dans l'état de santé ; on trouve aussi à sa surface une couche de lymphe coagulable. Cette couche varie en épaisseur dans une infinité de circonstances, et souvent elle unit le foie plus ou moins intimement avec les parties voisines ; cette couche est baignée par une sérosité quelquefois assez abondante.

Adhérences.

Les adhérences produites par une inflammation antécédente de la membrane du foie, se rencontrent bien plus souvent que l'état inflammatoire de cette membrane ; ces adhérences sont déterminées par la lymphe coagulable, qui subit les changemens que nous avons déjà indiqués : ces changemens finissent par

constituer une membrane mince, transparente, qui unit la surface du foie aux parties voisines. Cette union peut être générale ou d'une certaine étendue, ou enfin elle peut présenter des points d'adhérences épars et isolés; quelquefois cette adhérence se fait au moyen d'une membrane lâche, quelquefois cette adhérence est très-intime à la surface du foie, immédiatement en contact avec les parties voisines. Le siège le plus fréquent de ces adhérences est la région antérieure du foie qui, par l'intermédiaire du péritoine, correspond à la face postérieure des muscles de la cavité abdominale.

Quand des abcès formés dans le foie font saillie à l'extérieur, ces adhérences, très-utiles alors, empêchent le pus de s'épancher dans la cavité abdominale. Des adhérences unissent souvent aussi la face postérieure du foie avec l'estomac et le duodénum. Dans cette supposition, elles ont l'avantage d'empêcher la suppuration formée dans les abcès qui occupent cette face postérieure du foie de s'épancher dans la cavité abdominale; elles favorisent le passage de cette suppuration soit dans l'estomac, soit dans la partie supérieure du canal intestinal.

Enveloppes du Foie cartilagineuses.

Une partie des enveloppes du foie a été quelquefois convertie en cartilage. J'en ai rencontré peu d'exemples. Ce phénomène s'observe moins souvent au foie qu'à la rate. Le cartilage est poli, mince et très-mou.

Inflammation du Parenchyme du Foie.

L'inflammation du parenchyme du foie s'observe peu fréquemment dans le pays que nous habitons. Quand sa membrane est enflammée, quelquefois le point de contact avec cette membrane partage cette inflammation, qui frappe très-rarement tout l'organe hépatique. Dans les pays chauds, bien plus que dans la Grande-Bretagne, la substance du foie est exposée à l'inflammation. Quand le foie est enflammé dans tous les points de son étendue, son volume considérablement augmenté présente une couleur rouge foncé (1). Il est plus dur au toucher que dans l'état de santé. Sa membrane externe ne

(1) Ne doit-on pas attribuer cette couleur rouge foncée à l'accumulation du sang dans les branches de la veine-porte? Comme cette veine remplit les fonctions d'une artère, n'est-il pas probable que ses petites branches ont la même action que les ramifications artérielles pendant l'inflammation?

partage pas toujours cet état inflammatoire. La couleur jaune de la peau résulte de la difficulté avec laquelle la bile traverse le canal cholédoque, parce que les pores biliaires sont comprimés pendant les progrès de cet état inflammatoire. Quand l'inflammation du foie, après un certain laps de temps, s'est terminée par suppuration, on remarque de la rémission dans les symptômes (1). Ces abcès contiennent souvent plusieurs pintes de pus; quelquefois l'organe hépatique tout entier offre une large poche distendue par la suppuration. Les inflammations chroniques du foie sont très-souvent accompa-

---

(1) C'est sur-tout en été et chez les sujets éminemment bilieux, que l'on observe cette inflammation. Au mois de juillet 1803, je rencontrai cet état inflammatoire chez un maréchal âgé de trente-trois ans. Cette inflammation marcha avec une telle rapidité, que le septième jour je reconnus un foyer purulent voisin du sommet de l'appendice xiphoïde : une incision de douze à quinze lignes donna issue à la suppuration, et vingt jours après la cicatrice était établie. Il n'y a pas trois mois que je revis ce maréchal, qui a toujours joui depuis 1803 d'une très-bonne santé.

Souvent aussi les abcès du foie sont produits par des percussions violentes du crâne. Comment expliquer ce phénomène d'une manière satisfaisante?

(*Note du Traducteur.*)

gnées d'ascite ; la sérosité colorée par la bile offre une teinte jaune ou verte.

On trouve rarement le foie dans un état de putréfaction (1). Je n'en ai jamais rencontré d'exemples.

Tubercule commun du Foie.

La maladie la plus fréquente du foie (en exceptant néanmoins les adhérences dont je viens de parler), est la formation de tubercules dans son parenchyme. Cette affection, très-rare chez les jeunes sujets, se rencontre fréquemment chez les personnes d'un âge mûr et chez les vieillards. Elle est plus commune chez l'homme que chez la femme. Cette disposition paraît dépendre sur-tout de l'habitude de boire, plus généralement observée chez l'homme ; car cette maladie frappe plus souvent les grands buveurs, sans que nous puissions pourtant apercevoir la liaison qui existe entre cette habitude et cette maladie particulière du foie, quoique fréquemment il soit assez facile de saisir quelques points de connexion entre les causes et les effets observés dans les autres organes de l'économie animale.

Les tubercules peuvent occuper toute la masse

(1) Voyez *Morgagni*, épist. XXXIV, art. 25.

hépatique; ils sont placés très-près l'un de l'autre; leur forme est arrondie. Dans ce cas, toute la surface de cet organe est irrégulière. En les incisant, on trouve une matière solide blanche, brune ou jaune. Quelquefois ils ne sont pas plus gros que des têtes de grosses épingles, plus souvent ils sont gros comme une petite noisette, quelquefois même leur volume est plus considérable. Quand le foie offre cet état tuberculeux, il est plus dur au toucher que dans l'état de santé; quelquefois son bord gauche se porte en avant : son volume n'est pas néanmoins ordinairement plus considérable que dans son état d'intégrité ; je suis même disposé à croire que souvent il est plus petit. Si l'on incise le foie dans cet état, ses vaisseaux présentent un diamètre plus petit que de coutume. Cet organe est très-souvent d'une couleur jaune, résultat de l'accumulation de la bile dans sa substance; on trouve aussi dans la cavité de l'abdomen de la sérosité jaunâtre mêlée à de la bile. La vésicule du fiel est ordinairement très-contractée, et d'une couleur blanchâtre en raison de sa vacuité La bile ne peut traverser le canal hépatique pour arriver dans la vésicule, parce que les pores biliaires sont comprimés par le parenchyme endurci du foie. La couleur jaune de la peau doit sa permanence à l'état du foie, qui

n'est plus susceptible de changement. Tel est l'état connu généralement sous le nom de squirrhe du foie; mais il n'offre avec le squirrhe observé dans les autres organes que des points de ressemblance très-éloignés ; aussi je le regarde comme une affection particulière du parenchyme hépatique.

Larges Tubercules blancs du Foie.

On trouve aussi dans le foie des masses blanches et dures souvent plus grosses qu'une châtaigne, souvent aussi plus petites ; presque toujours elles sont placées à la surface de cet organe, rarement elles en occupent le centre ; deux ou trois de ces masses réunies se trouvent quelquefois en contact avec une portion saine du foie qui les sépare d'un groupe de tubercules de la même nature. La substance qui les compose est ferme, blanchâtre et légèrement déprimée à sa surface externe ; le foie présente dans ce cas un volume beaucoup plus considérable que dans son état naturel.

Ces tubercules paraissent formés d'abord autour des vaisseaux sanguins du foie, ainsi qu'on peut le voir en incisant cet organe. La cavité abdominale contient souvent de la sérosité. Dans cet état pathologique du foie, dont la couleur est altérée par l'accumulation de la bile,

souvent entre les tubercules, la couleur naturelle du parenchyme conserve ses nuances accoutumées.

L'espèce de tubercule que je viens de décrire est plus rare que l'autre, il ressemble plus au squirrhe des autres organes ; néanmoins, dans une ou deux circonstances, j'ai trouvé dans son centre une espèce de pus épais offrant de l'analogie avec le pus fourni par les ulcères scrophuleux ; aussi je suis disposé à croire que ce tubercule est de nature scrophuleuse.

Tubercules mous et bruns du Foie.

J'ai rencontré aussi dans le foie des tumeurs molles du volume à-peu-près d'une noix ; elles étaient particulièrement situées à la surface du foie, et se composaient d'une matière molle brunâtre. Ce phénomène pathologique est très-rare. Quelques praticiens paraissent considérer ces tumeurs comme scrophuleuses ; mais il est impossible d'appuyer cette opinion sur des preuves positives, et certes il serait difficile de trouver de l'analogie entre cette tumeur et les tubercules scrophuleux des poumons, ou une glande absorbante atteinte de scrophule. Nous n'avons aucune notion satisfaisante sur la nature de cette espèce de tubercule.

Tubercules scrophuleux du Foie.

On trouve rarement dans le parenchyme du foie de ces tubercules qui ressemblent beaucoup à ceux du poumon. Même dimension, même organisation, même sensation produite par le toucher, seulement leur couleur est un peu plus brune. Dans les exemples que j'ai rencontrés, les tubercules étaient disséminés dans la substance du foie à des distances assez irrégulières; ils ne donnaient point une surface bosselée au foie, comme les tubercules qu'on y rencontre ordinairement. L'aspect de leur structure m'a prouvé de suite que ces tumeurs étaient scrophuleuses.

Foie flasque parsemé de tumeurs rouges.

J'ai eu occasion de voir le tissu du foie très-flasque, et présentant des tumeurs rouges d'un volume considérable, qui contenaient une espèce de pus épais; j'ai dû regarder ce foie comme scrophuleux, parce qu'il a été trouvé chez un sujet dont la constitution générale offrait des traces évidentes de scrophule, et dont l'autopsie faite avec soin découvrit des glandes absorbantes devenus scrophuleuses.

Parenchyme du Foie très-mou.

La substance du foie est souvent plus molle que dans son état naturel, sans offrir aucun autre état pathologique ; presque aussi molle que la rate, sa couleur est plombée. Ce phénomène est sans doute le résultat d'un travail morbifique établi dans tout le parenchyme hépatique, et paraît être ce que le docteur *Hunter* appelait absorption interstitielle : expression qui indique l'absorption des molécules les plus ténues de nos organes sans ulcération. Cet état du foie n'a peut-être jamais été observé chez les jeunes sujets ; il est assez commun chez les personnes avancées en âge.

Parenchyme du Foie très-dur.

On voit aussi assez ordinairement le parenchyme hépatique plus dur que dans son état naturel ; en l'incisant, on ne remarque rien de particulier dans son tissu. Le foie dont la surface, dans ce cas, présente une membrane filamenteuse disposée en espèce de rayons, a son bord inférieur un peu dirigé en avant ; c'est ainsi, je pense, que s'annonce la formation des tubercules, puisque j'en ai rencontré sur la surface d'un foie qui offraient cette altération. Selon

toutes les apparences, il est probable qu'une matière additionnelle déposée dans les interstices du parenchyme l'endurcit et devient le principe des tubercules. Cette induration du foie est quelquefois accompagnée d'un commencement d'ascite que pourtant on n'observe pas toujours.

Hydatides.

Il n'existe pas de glande dans l'économie animale qui soit plus souvent le siège d'hydatides que le foie ; si vous en exceptez les reins où on les rencontre plus fréquemment encore (1). Les hydatides du foie sont ordinairement contenues dans un kyste d'un volume considérable, dont le tissu est tellement ferme, qu'au toucher on le croirait presque cartilagineux. En incisant ce kyste, on le trouve composé de lames dont l'épaisseur varie chez les différens sujets. Dans quelques foies ce sac n'est pas plus épais qu'un schelling, dans d'autres il a une épaisseur de quatre lignes ; les lames qui

---

(1) Quoique les hydatides du foie et des reins soient comprises sous la même dénomination, elles offrent souvent de grandes différences. Quelquefois cependant les hydatides des reins sont de la même espèce que celles du foie.

le composent sont formées d'une substance blanche, dont la surface interne est tapissée d'une matière pulpeuse comme la lymphe coagulable. J'ai vu une fois la cavité de ce kyste offrant une cloison formée par cette matière pulpeuse. Un kyste peut contenir une seule ou plusieurs hydatides qui, tantôt flottent dans un liquide, tantôt sont attachées sur le bord du kyste; ces hydatides se composent de petits sacs formés par une substance pulpeuse blanche, demi-opaque, qui contient un liquide susceptible de se coaguler. Quoique la couleur ordinaire des hydatides soit blanche, j'en ai rencontré qui étaient d'une couleur légèrement ambrée. Le sac des hydatides est formé de deux lames qui jouissent à un haut degré de la faculté contractile. Le sac des hydatides est plus épais et plus opaque dans l'une que dans l'autre, et souvent même les différens points du sac de la même hydatide offrent une épaisseur différente. Une hydatide en renferme souvent de plus petites, qui tantôt sont grosses comme des têtes d'épingles, et tantôt comme des groseilles; elles sont attachées à une hydatide plus forte, ou isolément, ou réunies en groupe. Elles peuvent aussi flotter dans le liquide que contiennent les larges hydatides. Les hydatides du foie sont souvent séparées, quelquefois on

les a vues se contenir l'une l'autre comme des boîtes à pilules. Le siège le plus fréquent des hydatides enkystées du foie, est la substance de cet organe. Quelquefois cependant elles s'élèvent de sa surface et font plus ou moins saillie dans la région abdominale.

L'origine et la nature des hydatides ne sont point connues. Il est très-probable cependant que c'est une espèce d'animalcule imparfait. Les hydatides trouvées dans le foie des moutons sont certainement des animalcules. On leur a vu exécuter des mouvemens quand on les plongeait dans de l'eau chaude, après les avoir détachées du foie. Elles ont même conservé la faculté de se mouvoir plusieurs heures après la mort du mouton. Il existe entre les hydatides du foie du mouton et celles du foie de l'homme une très-grande analogie; elles ont toutes deux des kystes, dont la solidité dépend de la matière blanche qui les constitue. Elles offrent sans doute quelque différence dans leur organisation, puisque l'hydatide du foie de l'homme est contenue dans un sac simple et uniforme; tandis que ce sac chez les moutons a un col et une bouche. Cette différence n'est pourtant pas une objection contre l'opinion que j'ai établie plus haut. La plus simple organisation peut être douée de la vie; en effet, les hydatides

trouvées dans le cerveau des moutons ressemblent exactement aux hydatides du foie de l'homme ; on les a vues se mouvoir : on doit donc les regarder comme des animalcules. On n'a pas encore observé, autant que je le sache au moins, de mouvemens exécutés par les hydatides du foie de l'homme, quand on les a plongées dans de l'eau chaude ; si ces mouvemens avaient été aperçus, il n'existerait plus d'incertitude sur ce point de doctrine. Cette expérience est difficile à établir. Les hydatides du foie ne sont pas très-fréquentes ; l'autopsie cadavérique n'a lieu ordinairement que longtemps après la mort du sujet ; en sorte qu'alors les hydatides doivent avoir perdu le principe de la vie, quand même elles seraient évidemment des animalcules. Tout porte néanmoins à croire qu'elles sont douées de la vie ; il est plus difficile d'accorder leur existence que celle des vers intestinaux avec la théorie de la génération ; nous ne tranchons pas la difficulté, en disant que les hydatides du foie de l'homme ne sont pas vivantes, parce que dans le mouton chez lequel leur vie est constatée, il est aussi difficile d'expliquer leur mode de développement. Ceux qui voudront étudier les hydatides avec plus de détail, pourront méditer l'excellent traité publié sur ce sujet par le doc-

teur *Jean Hunter*, dans les Transactions Médicales et Chirurgicales (1).

Kystes du Foie contenant une matière terreuse.

Des kystes développés dans le foie contiennent quelquefois une matière terreuse ; ces kystes sont composés d'une espèce de substance cartilagineuse unie à une certaine proportion de substance osseuse ; la matière terreuse contenue dans le kyste est molle, lisse et d'une couleur blanche tirant sur le brun ; elle est mêlée à des filamens mous qui ressemblent beaucoup aux enveloppes des hydatides.

Déchirement du Foie.

Le foie est plus exposé à être déchiré par un choc extérieur, que les autres glandes de l'économie animale. Cet accident sans doute dépend de deux causes : d'abord chez les sujets maigres, sur-tout quand le foie est volumineux, cet organe faisant saillie à la région hypochondriaque droite, est plus facilement atteint par une percussion. La seconde cause appartient au tissu du foie, qui cède plus facilement à la compression que celui des autres organes. Aussi

(1) *Voyez* les Transact. Médical. et Chirurg., p. 34.

lorsque l'extrémité du pouce et du doigt pèse avec un certain degré de force sur le parenchyme hépatique, le doigt pénètre dans ce parenchyme presqu'aussi aisément qu'il le ferait dans une poire pourrie. Cet effet ne peut pas être attribué à la putréfaction du foie, puisqu'il peut être obtenu aussitôt après la mort; il dépend de la structure particulière de cet organe, et serait aussi facilement produit sur le vivant que sur le cadavre. Le même degré de pression établi sur un muscle ou sur une glande quelconque, n'en produirait pas le déchirement; et si cette compression cessait, l'organe reprendrait ses dimensions ordinaires. Le déchirement du foie ne peut être déterminé que par une très-forte pression établie à la région supérieure de l'abdomen; par exemple, par le passage d'une roue de voiture. La douleur légère produite par cette lésion est une nouvelle preuve du peu de sensibilité du foie. Plusieurs personnes qui ont éprouvé cet accident y ont survécu plusieurs jours (1).

---

(1) Il est difficile de croire que les sujets chez lesquels le foie a été déchiré, résistent plusieurs jours. En 1804, j'ai été requis par le ministère public pour faire l'ouverture du cadavre d'un habitant de la campagne, sur l'abdomen duquel avait passé la roue d'une charrette très-

Vers trouvés dans le Foie.

Des vers (1) ont été trouvés dans des kystes du foie, ainsi que dans les conduits biliaires. Ces phénomènes, extrêmement rares, ne se sont jamais présentés à mon observation.

Symptômes.

Quand les enveloppes du foie sont enflammées, sur-tout à la surface convexe de cet organe, les symptômes ont une grande analogie avec ceux de la pleurésie, dans laquelle l'inflammation s'étend jusques sur la portion inférieure et droite de la plèvre. Douleur aiguë, difficulté de respirer, toux et fièvre symptomatiques : ces deux affections peuvent cependant être distinguées par les circonstances suivantes : quand les enveloppes du foie sont enflammées, l'inspiration est moins douloureuse que quand la portion inférieure de la plèvre qui tapisse le côté droit du thorax est frappée d'inflammation ; dans l'inflammation

---

légère : le foie, déchiré dans une étendue de huit à dix pouces, avait laissé échapper une quantité de sang considérable. Ce blessé était mort cinq à six minutes après son accident. (*Note du Traducteur.*)

(1) Voyez *Lieutaud*, tome I, page 194.

des enveloppes du foie, la compression établie sur les côtes droites ajoute à la douleur, tandis qu'elle ne l'augmente pas dans la pleurésie.

Je ne connais point les symptômes qui accompagnent les adhérences du foie aux parties voisines.

L'inflammation de la substance du foie produit dans l'hypochondre droit une douleur peu intense, qui souvent est accompagnée d'un point douloureux au sommet de l'épaule droite; le malade se couche de préférence sur le côté malade : à la fièvre symptomatique plus ou moins vive se joignent tantôt une toux sèche, des hoquets, des vomissemens, et tantôt la couleur jaune de la peau et des yeux. L'inflammation de la substance du foie est quelquefois si légère, que le malade éprouve à peine de la douleur; la fièvre symptomatique est presque nulle; dans ces circonstances, il est impossible de soupçonner l'existence de l'inflammation avant qu'un abcès ne se soit manifesté à l'extérieur (1).

Je ne connais point de symptômes qui, chez

---

(1) Ces inflammations reparaissent quelquefois périodiquement. Plus souvent leurs récidives sont dues à des affections morales établies d'une manière brusque.

(*Note du Traducteur.*)

l'homme vivant, puisse faire distinguer l'état tuberculeux du foie ; néanmoins quand il existe une douleur ou un sentiment de mal-aise dans la région hypochondriaque droite, qu'en même-temps la couleur jaune de la peau est constante et accompagnée de la collection d'un liquide dans la cavité abdominale, on peut soupçonner la présence des tubercules du foie. Quand les parois abdominales sont peu épaisses, la collection du liquide peu abondante, et les tubercules situées au bord inférieur du foie, en palpant avec soin la région hypochondriaque droite, l'extrémité des doigts peut sentir distinctement ces tubercules.

Les symptômes qui appartiennent au tubercule blanc et volumineux du foie ne peuvent être distingués des symptômes des tubercules ordinaires ; quelquefois pourtant, chez les sujets maigres, on peut, en palpant l'abdomen, s'assurer de sa présence le long du bord inférieur de cet organe. Je crois que le tubercule large et blanc du foie n'est pas aussi souvent que les autres accompagné d'ictère et d'ascite.

Les symptômes des autres tubercules du foie sont tellement obscurs qu'il me paraît impossible de les signaler.

L'induration du foie ne peut être reconnue chez l'homme vivant que quand la maigreur du

sujet permet de toucher cet organe, et très-souvent encore cet état pathologique est impossible à constater, parce que cette induration n'augmente pas le volume du foie, et que les parois abdominales sont très-épaisses. On peut pourtant le soupçonner, quand à un état de malaise dans cette région se joint la pâleur de la face; souvent on a trouvé, après la mort, le foie endurci, quoiqu'aucun symptôme chez le sujet vivant n'eût pu faire croire à une pareille affection (2).

L'existence des hydatides n'offre aucun symptôme particulier, aussi, chez le vivant, est-elle toujours plus ou moins hypothétique; elle paraît déterminer dans l'hypochondre droit une douleur qui peut aussi être produite par beaucoup d'autres causes.

Dans deux cas parvenus à ma connaissance, les symptômes étaient les mêmes que ceux qui accompagnent par intervalle la présence des concrétions biliaires, douleur violente au creux de l'estomac, vomissemens fréquens, ictère,

---

(1) Le foie endurci est souvent plus gros, mais quelquefois aussi il est plus petit que dans l'état de santé. Dans ce cas, le *facies* jaunâtre, et, pour ainsi dire, hépatique du malade, sera l'un des signes les plus évidens de cette induration. (*Note du Traducteur.*)

pouls accéléré ; les accès se manifestaient souvent après de longs intervalles, chez les deux sujets, d'une santé d'ailleurs assez bonne.

Quand les hydatides sont plongées dans la profondeur du foie, il me paraît impossible d'en constater l'existence ; mais quand elles recouvrent sa surface externe près de son bord inférieur, on peut, jusqu'à un certain point, les distinguer en palpant l'abdomen, sur-tout chez les personnes maigres. Néanmoins, quand les parois abdominales sont épaisses, et que les hydatides ou leurs kystes, impossibles à distinguer, se réunissent pour former une tumeur irrégulière, il ne sera pas facile de s'arrêter, dans cette circonstance, à une opinion exacte. Si cette tumeur s'est développée progressivement sans altérer la santé, il est probable qu'elle se compose d'hydatides ; en examinant avec soin la sensation que fait éprouver la pression de cette tumeur, on pourra établir sur sa nature des conjectures plus ou moins probables. Quand cette tumeur est molle, elle se compose d'hydatides qui, si elles sont larges, laisseront facilement distinguer une fluctuation non équivoque. Si, de plus, la tumeur fait saillie dans la cavité abdominale ; si surtout on peut la suivre à son départ du foie, il est presque certain que la tumeur est composée d'hydatides.

CHAPITRE X.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DE LA VÉSICULE DU FIEL.

Inflammation de ses enveloppes.

Les enveloppes de la vésicule du fiel sont rarement enflammées, sans que la membrane qui recouvre la face postérieure du foie ne soit aussi atteinte d'inflammation; quand cette dernière se développe, elle s'étend sur la membrane externe de la vésicule du fiel, qui n'est que la continuation de l'enveloppe postérieure de l'organe hépatique; et pour peu que cette inflammation soit intense, les autres membranes de la vésicule seront aussi affectées. Cependant l'inflammation de la membrane externe de la vésicule ne produit pas toujours celle des autres membranes, parce que ces membranes sont séparées par un tissu cellulaire abondant. Les phénomènes de l'inflammation des membranes de la vésicule sont les mêmes que ceux de l'inflammation de l'estomac ou des intestins : il

serait superflu de rappeler ici la description que j'en ai déjà faite.

Adhérences.

Dans les préparations anatomiques on trouve souvent la vésicule du fiel adhérente à la petite extrémité de l'estomac, ou au commencement du duodénum. Ces adhérences sont le résultat d'inflammations antécédentes de la membrane externe de la vésicule, et ressemblent à toutes celles que j'ai déjà décrites.

Ulcères de la vésicule du fiel.

L'inflammation de la vésicule se termine rarement par ulcération, le séjour des concrétions biliaires dans sa cavité produisant très-rarement ce résultat (1). Cette ulcération néanmoins s'observe quelquefois, et commence presque toujours par la membrane interne. J'en ai rencontré deux exemples. Dans l'un on remarque plusieurs ulcères sur la membrane in-

---

(1) J'ai rencontré un seul exemple d'inflammation et d'ulcération déterminées par des concrétions biliaires. Le docteur *Sœmmerring* a eu un grand nombre d'occasions d'observer des ulcères de la membrane interne de la vésicule produits par une irritation due à la présence des concrétions biliaires.

terne de la vésicule, les autres enveloppes étant restées intactes; dans l'autre, un ulcère avait détruit une partie de toutes les enveloppes.

Enveloppes de la Vésicule du fiel épaissies et contenant des tubercules durs.

J'ai une seule fois rencontré ces phénomènes de la vésicule du fiel : ses enveloppes, épaisses d'un quart de pouce environ, étaient parsemées de tubercules volumineux et d'un tissu très-ferme : son foie présentait la même affection.

Enveloppes de la Vésicule ossifiées.

J'ai vu les enveloppes de la vésicule du fiel plus épaisses encore, et ossifiées dans quelques-uns de leurs points, mais ce phénomène pathologique est très-rare.

Etat pathologique des Conduits biliaires, leur dilatation.

L'état pathologique le plus fréquent des conduits biliaires est leur dilatation. Les conduits hépatique, cystique et cholédoque ont quelquefois un diamètre très-considérable; ces dilatations des conduits biliaires sont produites par le passage des concrétions biliaires : les dimensions de quelques-unes de ces concrétions, par-

venues dans le duodénum, ont quelquefois présenté des dimensions extraordinaires. Les faits observés à cet égard doivent inspirer du courage à ceux qui sont atteints de pareilles affections.

Oblitération des conduits biliaires.

L'oblitération des conduits biliaires est très-rare; quand elle a été rencontrée, on a dû en accuser les causes suivantes : d'abord une inflammation violente de la surface interne de quelques-uns des conduits biliaires, terminée par l'adhérence de leurs parois; cette inflammation ne peut être que le résultat de l'irritation produite par une concrétion biliaire anguleuse, à son passage dans le duodénum : de semblables adhérences ont été observées dans les conduits des autres régions du corps à la suite de violentes inflammations, par exemple dans le vagin. Une autre cause qui peut déterminer l'oblitération de la cavité de l'extrémité inférieure du canal cholédoque, est l'inflammation du point du duodénum qui reçoit cette même extrémité, qui, participant à cette inflammation, peut être oblitérée. Il est une troisième cause d'oblitération, savoir le squirrhe ou tout autre développement de la tête arrondie du pancréas, qui comprime l'extrémité du canal

cholédoque, de manière à effacer complettement sa cavité. Je n'ai jamais rencontré qu'un seul exemple d'oblitération du conduit cystique, mais le docteur *Storer*, de Hottingham, dont le talent est justement célèbre, m'a fait voir deux cas d'oblitération de l'extrémité inférieure du canal cholédoque.

Canal contre nature communiquant de la vésicule du fiel avec l'estomac.

Je crois devoir remarquer ici que j'ai vu entre la vésicule et la petite extrémité de l'estomac, une communication directe établie au moyen d'un canal de peu d'étendue. Cette erreur de la nature, très-rare à la vérité, a pourtant été observée plusieurs fois.

Concrétions biliaires.

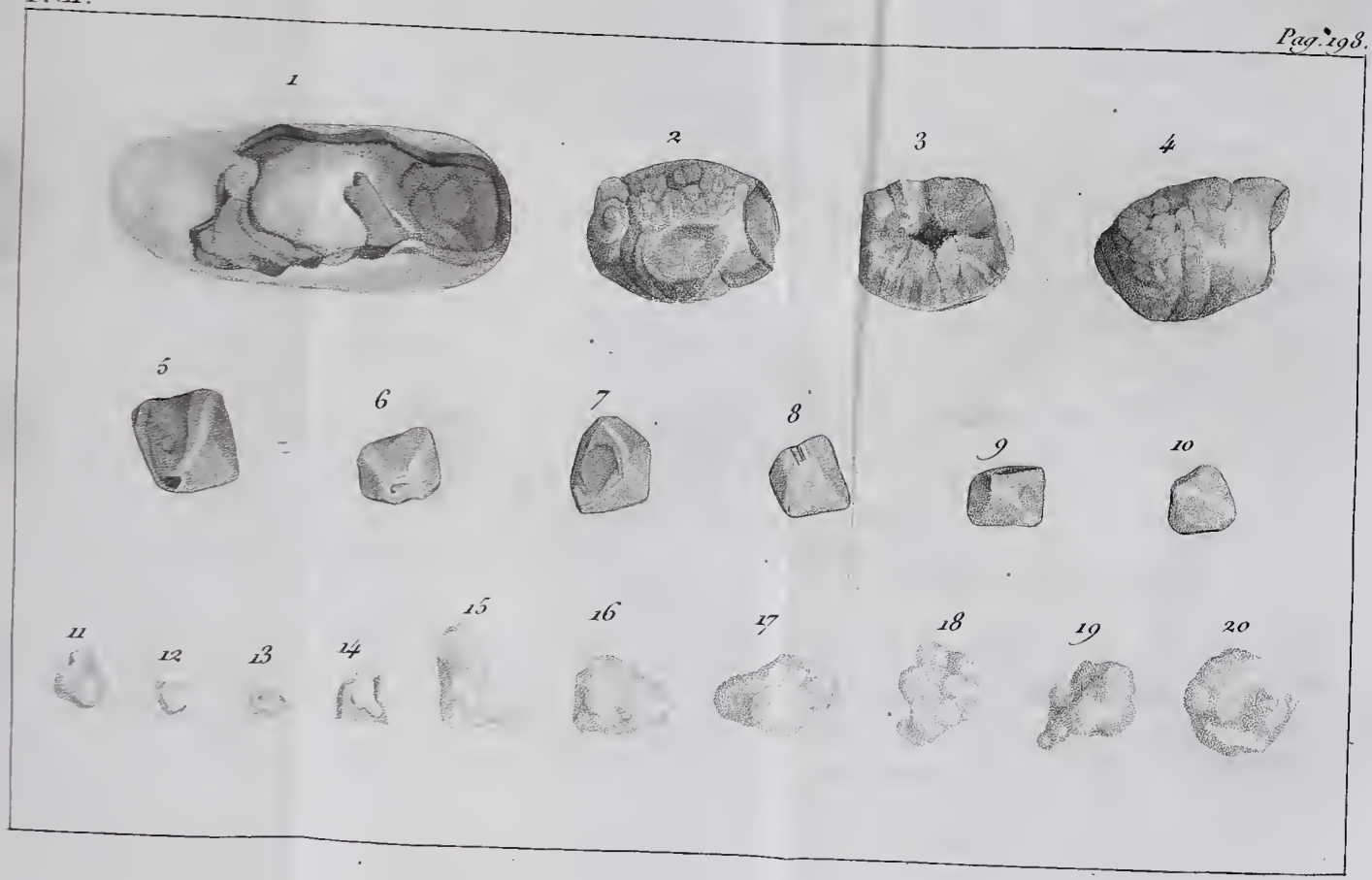
A l'ouverture des cadavres, on trouve assez souvent des concrétions biliaires, soit dans la vésicule, soit dans les conduits biliaires. Ces concrétions distendent les parois de la vésicule, ou remplissent entièrement sa cavité. Dans cette circonstance, les enveloppes de la vésicule s'épaississent, et parce que les concrétions pressent contre leurs parois, et parce que ces mêmes parois obéissant à leur faculté

contractile, font effort pour expulser ces concrétions, dont le nombre est quelquefois très-considérable; le docteur *Hunter* en conserve plus d'un mille extraites de la même vésicule. Lorsqu'il n'existe qu'une seule concrétion, elle est ordinairement volumineuse. J'en ai vu une aussi grosse qu'un œuf de poule. Quand on trouve une seule pierre, soit dans la vésicule, soit dans les conduits biliaires, elle est ordinairement ovale. Quand elles sont réunies en grand nombre dans un si petit espace, les frottemens auxquels elles sont soumises produisent sur leur surface des bords et des angles plus ou moins saillans (1).

---

(1) En examinant la deuxième planche, fig. 5, 6, 7, 8, 9 et 10, on verra des concrétions biliaires anguleuses qui m'ont été données par une malade dont je vais rapporter les accidens, parce qu'ils doivent exciter le plus grand intérêt.

Madame *L.*, âgée de trente-cinq ans, d'une constitution éminemment nerveuse, avait deux filles qui toutes deux après leur mariage furent extrêmement malheureuses. Leur mère, poursuivie constamment par la pensée déchirante du sort de ses filles, vécut pendant quatre ans au milieu des tourmens et des chagrins les plus cuisans. L'appétit diminuait de jour en jour, la maigreur était extrême, et l'état de faiblesse de la malade devenait de plus en plus alarmant. Souvent elle se plaignait de douleur au creux



Concrétions biliaires.

Leur couleur varie à l'infini ; tantôt blanches, noires, jaunes, vertes, elles offrent quelquefois une couleur d'un brun clair, d'un brun foncé ou d'un brun rougeâtre. Telles sont les principales variétés de leurs couleurs, qui d'ail-

---

de l'estoma c ; d'autres fois elle rapportait cette douleur à la partie inférieure et à-peu-près moyenne de la région hypochondriaque droite. Enfin, ce fut vers ce point qu'après un laps de temps assez long la douleur parut se fixer. La malade avait été mise à l'usage des boissons délayantes et anti-spasmodiques. Des cataplasmes narcotiques et des bains furent ajoutés aux moyens déja employés. On put distinguer dans la région indiquée plus haut, une tumeur dure et circonscrite qui fit croire à l'engorgement d'une portion du mésentere. La douleur allant toujours croissant, la peau s'enflamma et finit par se déchirer spontanément. Pendant que la malade était dans le bain, celle-ci aperçut un petit corps qui tendait à s'échapper à travers l'ouverture de la peau ; et en effet, en pressant légèrement à la partie supérieure de la tumeur, elle fit sortir une concrétion biliaire anguleuse pyramidale, en tout semblable à celles qu'on peut voir à la planche et aux numéros indiqués. La malade fut reportée dans son lit, et pansée mollement avec de la charpie et un cataplasme. Le lendemain, au pansement, on trouva deux autres concrétions biliaires sur les pièces d'appareil. A mesure que les corps étrangers s'échappaient, la malade souffrait moins. Enfin, en quarante-cinq jours, trente-deux concrétions biliaires sortirent successivement. La plaie se cicatrisa, et la malade fut rendue à la santé. Il me paraît évident que ces trente-

leurs présentent une infinité de nuances qu'il est impossible d'énumérer. Les concrétions biliaires offrent tantôt une surface lisse et polie, tantôt cette surface est hérissée d'aspérités.

En brisant ces concrétions, on aperçoit à leur surface des lames concentriques; leur centre est occupé par une substance disposée en rayons. Les proportions de la substance disposée en lames sont souvent plus considérables que celles qui est établie au centre; d'autres fois on observe le contraire. Le tissu de ces deux substances est ordinairement compact; d'autres fois elles sont formées d'une matière ductile. Souvent aussi sa structure, disposée en lames et en rayons, n'offre point de caractère distinctif, et les concrétions biliaires paraissent former une masse uniforme et solide. La subs-

---

deux concrétions étaient contenues dans la vésicule du fiel.

Les faces polies, les bords saillans et les angles qu'elles présentent, ne peuvent laisser aucun doute sur ce point. Elles n'ont donc pu s'échapper qu'à travers un déchirement simultané de la vésicule du fiel et des enveloppes abdominales. Ce déchirement a été le résultat des efforts de la nature, souvent si féconde en ressources quand il s'agit de combattre l'ennemi de notre existence.

(*Note du Traducteur.*)

tance disposée en lames placées à l'extérieur, diffère beaucoup de la substance radiée placée au centre. Il n'est pas rare de trouver la substance qui occupe le centre, formée de cristallisations blanches, brillantes, et ressemblant beaucoup au mica.

Les concrétions biliaires offrent des différences nombreuses relativement à leur aspect et à leur structure. On est porté à croire que leurs propriétés chimiques présentent aussi des différences. Je ne puis aborder cette question que d'une manière générale; mais les travaux auxquels je me suis livré sur ce point, m'entraînent vers cette opinion. Un très-petit nombre de ces concrétions ont une saveur amère, ce qui prouve qu'elles ne sont pas toutes formées par une bile épaissie : dans quelques circonstances, je leur ai trouvé une amertume très-remarquable. Presque toutes ces concrétions se fondent à la flamme d'une chandelle : j'en ai pourtant rencontré d'une couleur très-noire qui, au lieu de se fondre, étaient mises en combustion comme de la résine (1).

---

(1) Le docteur *Sæmmerring* les considère comme les produits d'une bile épaissie, et prétend qu'elles n'ont point de forme régulière, qu'elles ont un goût amer, et qu'elles sont solubles dans l'eau. Il m'a été impossible de les dis-

Toutes les concrétions biliaires que j'ai examinées étaient solubles dans l'acide nitrique ; elles se précipitent sous la forme d'une poudre fine et noire, quand elles sont soumises à l'action de l'acide nitrique, et placées sur un bain de sable. L'acide muriatique à la température ordinaire de l'atmosphère, n'agit point sur ces concrétions qui sont à peine sensibles à son action, quand elles y sont long-temps exposées sur un bain de sable.

La plupart des concrétions bilieuses dont j'ai voulu connaître les élémens, n'étaient point solubles, si ce n'est très-lentement, dans l'huile de thérébentine, à la température ordinaire de l'atmosphère. J'en ai même trouvé une espèce complètement insoluble à cette température. Plongées dans cette huile et exposées au bain de sable, elles sont plus facilement atteintes par ce réactif ; plusieurs sont réduites en une espèce d'huile qui se précipite dans l'huile de thérébenthine ; d'autres, en partie solubles, colorent en brun l'huile de thérébentine, et sont converties en partie en une substance pulvérulente.

---

soudre dans l'eau distillée froide ou chaude, mais elles sont amères au goût ; leur forme n'est point régulière, et elles ont un aspect de cristallisation.

Un grand nombre de concrétions biliaires sont insensibles à l'action de l'alcool à la température ordinaire ; mais elles y sont en partie ou en totalité solubles à la chaleur de l'ébullition (1). Tels sont les résultats généraux de mes recherches, mais je ne réclame pas en leur faveur une grande confiance, s'ils ne s'accordent pas avec ceux qui ont été obtenus par des hommes plus familiarisés que moi avec la chimie théorique et pratique.

Selon *Greu*, la substance des concrétions biliaires réunit les propriétés de la cire et de la lymphe (2). Une concrétion biliaire composée d'une substance d'une couleur de chocolat à sa surface, et présentant à l'intérieur des petites lames blanchâtres disposées en rayons, a présenté au docteur *Saunders* une matière rési-

---

(1) Quand des concrétions biliaires ont été soumises à l'action de l'alcohol en ébullition, il se forme des cristaux blancs et mous après le refroidissement de la liqueur. Quand elles sont exposées à l'action de l'alcohol à la température ordinaire de l'atmosphère, ce n'est qu'après plusieurs semaines qu'il se forme des cristaux qui paraissent plus anguleux que ceux dont nous avons parlé plus haut. *Poulletier de la Salle* est, je crois, celui qui le premier a observé ces cristaux. *Voyez* Elémens d'Histoire Naturelle et de Chimie, par M. *Fourcroy*, tome IV, pag. 354.

(2) *Voyez* Chimie Animale de *Johnson*, vol. II, pag. 355.

neuse unie à une petite proportion de terre probablement calcaire, et à un peu d'alcali minéral volatil (1).

Les concrétions biliaires analysées par le docteur *Powel*, ont donné une matière résineuse, du carbone et une substance animale ressemblant beaucoup à du mucus desséché (2). Ce sujet a besoin de nouvelles recherches pour être mieux connu.

Bile.

La bile contenue dans la vésicule offre des différences multipliées qui ne sont pas toujours le produit d'une maladie; elles dépendent le plus souvent de l'idiosyncrase du sujet soumis à notre examen. Sa couleur est tantôt verte, tantôt d'un jaune-brun, tantôt d'un jaune clair. Le plus ordinairement on la trouve d'un jaune-brun, visqueuse à des degrés infinis; elle paraît l'être plus chez l'homme que dans toutes les classes d'animaux. Je l'ai vue une fois filante comme le mucus de la trachée; une autre fois elle ressemblait à du blanc d'œuf. Cette subs-

---

(1) *Voyez* le Traité du docteur *Saunders*, sur le Foie, page 119, première édition.

(2) *Voy.* les Observations du docteur *Powel*, sur la bile et ses maladies.

tance est placée au rang de la bile qui, dans le dernier cas dont je parle, n'aurait pas été unie aux autres principes de ce liquide. On peut attribuer ce phénomène à une secrétion incomplète exercée par le foie. Cet organe était parsemé de tubercules scrophuleux; les glandes absorbantes du mésentère présentaient le même état pathologique.

A l'ouverture des cadavres, on observe que presque toujours un peu de bile a transudé à travers les enveloppes de la vésicule; en sorte que les organes voisins, et sur-tout la petite extrémité de l'estomac et le commencement du duodénum, offrent une teinte bilieuse. Ce phénomène ne peut pas être attribué à une cause pathologique, c'est un produit de la nature morte. Les enveloppes de la vésicule perdent avec la vie cette densité qui leur donnait la faculté de contenir la bile. Aussi ce liquide transude-t-il alors assez abondamment pour colorer les organes voisins.

Vésicule distendue par la Bile.

La bile accumulée dans la vésicule lui donne quelquefois un développement double de celui qu'elle a ordinairement; d'autrefois la vésicule est vide, d'une couleur blanche; sa cavité est alors très-petite.

Hydatides de la vésicule.

La vésicule du fiel a été développée d'une manière prodigieuse par une collection d'hydatides (1). Ce phénomène est très-rare.

Vésicule manquant.

On a vu un foie sans vésicule (2) ; ce vice de conformation ne s'est jamais présenté à mon observation. On peut d'autant plus facilement croire à ce vice de conformation, que l'existence de la vésicule n'est pas absolument nécessaire à l'économie animale. Il est plusieurs classes d'animaux auxquelles la nature n'a point donné de vésicule du fiel.

Symptômes.

L'inflammation des enveloppes de la vésicule n'est pas assez connue pour être distinguée par des symptômes particuliers ; ils ont sans doute beaucoup d'analogie avec les symptômes de l'inflammation de la membrane qui recouvre le foie.

L'oblitération du conduit hépatique, ou du

---

(1) *Voyez* Communications Médicales, vol. I, p. 101.

(2) *Voyez* docteur *Sœmmerring*, Translat. Germaniq., pag. 130.

canal cholédoque, peut produire un ictère opiniâtre, puisqu'il dépend d'une cause invariable; ce phénomène est très-difficile à distinguer dans la pratique, de l'ictère produit par l'état tuberculeux ou squirrheux du foie; car cette cause peut aussi être regardée comme invariable. Le conduit cystique seul oblitéré ne produit point d'ictère; il occasionne probablement peu d'inconvéniens, à moins que la bile arrêtée dans la vésicule ne finisse par irriter ses parois. Dans ce cas, leur inflammation peut se terminer par suppuration. J'ai vu un ulcère de la vésicule qui paraît avoir été déterminé par cette cause.

Tant que la nature n'établit point d'efforts pour faire passer les concrétions biliaires à travers le conduit cystique, ou le canal cholédoque, le séjour de ces concrétions dans la vésicule a très-peu d'inconvéniens. Souvent on trouve des concrétions dans la vésicule du cadavre d'un sujet dont l'état de santé n'avait en aucune manière pu faire soupçonner ce phénomène (1). Quand ces concrétions traversent les conduits biliaires, pour peu qu'elles soient volumineuses, elles produisent une douleur vive au creux de l'estomac. Cette douleur paraît égaler celle de l'inflammation la plus intense

(1) *Voyez* planche II, fig. 2, 3 et 4.

aussi vu la gangrène de la rate (1), mais probablement plus rarement encore.

Rate extrêmement molle.

Un phénomène très-fréquent, et qu'on peut à peine regarder comme un état pathologique, est cette dégénérescence du parenchyme de la rate, qui est tellement mou, que quand sa membrane est déchirée (et dans ce cas elle offre peu de résistance), ce parenchyme ne paraît composé que d'un mucus molasse d'un rouge-brun mêlé d'un tissu fibreux et spongieux. Le premier âge de la vie n'a peut-être jamais présenté ce phénomène; on ne l'a rencontré que chez des adultes ou des vieillards. Cette dégénérescence n'est caractérisée par aucune sensation particulière qui puisse faire croire à un état pathologique, et n'a probablement aucune influence sur l'économie animale. Il est bon néanmoins d'observer ici que cet état n'est pas le résultat des progrès de l'âge.

Rate très-dure.

La rate est quelquefois plus dure que dans l'état naturel; elle est aussi plus volumineuse.

---

(1) Voyez *Lieutaud*, tome I, page 223.

Elle acquiert dans quelques circonstances un développement cinq à six fois plus considérable que dans l'état de santé ; elle forme alors une tumeur qu'on distingue aisément en palpant l'abdomen chez le vivant. En incisant cette rate, on retrouve son parenchyme naturel seulement un peu plus compact et plus serré.

On regarde ordinairement cet état de la rate comme squirrheux, mais son tissu n'est pas le même que celui du squirrhe des autres parties du corps ; on n'en connaît pas jusqu'ici l'organisation particulière. Une collection de sérosité épanchée dans la cavité abdominale accompagne souvent cet état.

Tubercules de la Rate.

La rate est rarement parsemée de petits tubercules, qui ressemblent beaucoup aux tubercules scrophuleux des poumons. J'en ai vu fournir une suppuration épaisse et grumeleuse comme le pus des scrophules.

Enveloppes de la Rate cartilagineuses.

Les enveloppes de la rate deviennent quelquefois cartilagineuses; on peut regarder ce phénomène comme plus particulier à la rate qu'aux autres organes.

Le cartilage recouvre ordinairement la surface convexe de la rate d'une manière plus ou moins large ; tantôt son épaisseur est celle d'un schelling, tantôt elle est quatre fois plus considérable : quelquefois sa face est lisse et polie, d'autres fois elle est irrégulière (1). J'ai aussi rencontré des points cartilagineux implantés sur toute la surface de la rate ; il paraît que ces lames cartilagineuses ont quelquefois offert des points d'ossification (2) ; mais celles que j'ai eu occasion d'examiner n'offraient point ce phénomène. Le cartilage qui remplace les enveloppes de la rate est beaucoup plus mou que celui qui recouvre les extrémités osseuses. Ce phénomène s'établit lentement, il ne gêne pas les fonctions de la rate, et n'est probablement

---

(1) Pendant l'hiver de 1795, je trouvai dans l'amphithéâtre de l'hôpital Sainte-Marguerite de Strasbourg, la face externe d'une rate convertie en une couche cartilagineuse lisse et brillante, de toute l'étendue de cette surface. Cette rate appartenait au cadavre d'un soldat mort à vingt-deux ans, le septième jour, d'une péripneumonie inflammatoire. Cette espèce de métamorphose n'est donc pas toujours le produit de l'âge avancé, ainsi que le prétendent plusieurs praticiens. (*Note du Traducteur.*)

(2) *Morgagni* a vu l'ossification d'une portion de la capsule de la Rate. *Voyez* épit. X, art. 19; épit. XIV, art. 23.

accompagné d'aucun sentiment de douleur pour le sujet qui en est le porteur.

Rate très-volumineuse.

On a vu la rate beaucoup plus volumineuse que de coutume conserver néanmoins son organisation naturelle ; ce phénomène s'observe plus fréquemment dans la rate que dans les autres organes. Quoique cet état puisse être plutôt regardé comme une monstruosité que comme une maladie, il doit être accompagné d'inconvéniens plus ou moins graves, déterminés par le poids de ce viscère et le changement de situation qu'il imprime aux organes voisins.

Hydatides de la Rate.

Les hydatides se forment quelquefois dans la rate (1) ; elles ressemblent à celles du foie, dans lequel on les trouve beaucoup plus fréquemment.

Concrétions pierreuses de la Rate.

On a trouvé aussi des concrétions pierreuses de la rate (2). Ce phénomène est très-rare ; je ne l'ai jamais rencontré.

---

(1) Voyez *Morgagni*, épit. XXXVIII, art. 34.

(2) Voyez *Lieutaud*, tome I, page 231.

Le tissu de la rate a quelquefois été déchiré par une contusion établie sur la région occupée par cet organe. Cet accident ne peut guères être produit que quand la rate très-volumineuse dépasse le rebord des côtes, de manière à n'en être plus recouverte et protégée.

Plusieurs petites Rates.

La conformation naturelle de la rate offre une variété qui n'appartient à aucun autre organe glanduleux; dans ce cas, outre la rate ordinaire, il en existe encore plusieurs autres petites qui offrent des dimensions différentes. J'en ai vu d'aussi grosses qu'une noix. Elles sont placées dans l'épiploon, près de la grosse extrémité de l'estomac; elles reçoivent leurs vaisseaux sanguins de l'artère et de la veine splénique, et ont la même organisation que la rate ordinaire. Il est probable que leur usage est le même que celui de la rate, soit qu'on les trouve réunies en une seule masse, soit qu'on les trouve éparses et distinctes.

Rate n'existant pas.

On a trouvé des sujets sans rate: ce vice de conformation est extrêmement rare (1). Il est

(1) Voyez *Lieutaud*, tome I, page 234.

prouvé qu'un animal peut non-seulement exister, mais encore jouir d'une bonne santé sans cet organe. On a plusieurs fois extirpé la rate de quelques quadrupèdes, sans qu'ils aient paru en éprouver aucun inconvénient. La rate de l'homme a été aussi enlevée plusieurs fois, et les sujets soumis à cette opération ont joui long-temps après d'une bonne santé. Il n'est donc pas surprenant qu'un sujet auquel la nature a refusé une rate, puisse exécuter toutes ses fonctions, sans aucune apparence d'imperfection.

Symptômes.

Les symptômes de l'inflammation des membranes de la rate sont les mêmes que ceux de l'inflammation du péritoine qui tapisse l'hypochondre gauche; la douleur, dans cette région, est proportionnée au degré de l'inflammation: cette douleur augmente par la pression. Si elle est très-intense, elle produit une fièvre symptomatique. Les symptômes déterminés par l'inflammation de la substance de la rate sont une tension et un sentiment de douleur dans l'hypochondre gauche : cette douleur, augmentée par la pression, est accompagnée d'une fièvre symptomatique plus ou moins vive. Dans deux cas d'inflammation de la rate terminée par

suppuration, observés par le docteur *Hunter*, les malades ne pouvaient pas indiquer d'une manière précise le siège de la douleur, qui paraissait occuper successivement tous les points de la région abdominale.

Il est impossible de reconnaître le développement et l'induration de la rate avant que les progrès de cet état pathologique ne soient assez considérables pour être distingués en palpant l'abdomen; cet état n'est point accompagné de douleur; le sujet peut même supporter, sans souffrir, une assez forte pression sur cet organe. On peut distinguer l'augmentation considérable de la rate et par la situation et par la forme de la tumeur; son bord antérieur peut être parcouru par la main appliquée sur l'abdomen, au-dessous du rebord des côtes du côté gauche; on peut même reconnaître des irrégularités à ce bord; cet état de la rate détermine quelquefois, après un certain laps de temps, l'hydropisie.

Aucun symptôme particulier ne peut caractériser la formation des hydatides de la rate; on a observé dans ce cas une douleur dans l'hypochondre gauche, mais ce symptôme appartient aussi à plusieurs autres maladies. Quand une tumeur, ayant son siège dans la rate, s'étend très-lentement dans la cavité abdominale, si elle est un peu molle au toucher, et qu'elle

présente, quoique d'une manière obscure, un sentiment de fluctuation, on peut supposer avec quelque probabilité que cette tumeur résulte de la formation d'hydatides développées dans la rate.

CHAPITRE XII.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DU PANCRÉAS.

Le pancréas est exposé à peu de maladies, aussi trouve-t-on très-rarement dans le cadavre le tissu de cet organe altéré.

Abcès du Pancréas.

L'inflammation atteint rarement le pancréas : j'ai vu une seule fois un abcès formé dans un des points de ce corps glanduleux, dont le volume, très-augmenté, contenait une grande quantité de pus épais.

Pancréas endurci.

On trouve quelquefois le pancréas plus dur que dans son état naturel, plus épais et plus

court que de coutume ; il paraît néanmoins, au premier coup-d'œil, peu altéré dans son tissu. Cet état me paraît être le principe du squirrhe du pancréas, car le véritable squirrhe s'observe très-rarement. Dans cette circonstance, la portion squirrheuse perd son aspect naturel ; elle présente une masse dure, blanche, avec des intersections membraneuses, comme dans les autres organes. Dans quelques cas pathologiques de cette espèce, la pancréas avait un volume considérable.

Calculs du Pancréas.

Des calculs se forment aussi dans les canaux du pancréas : je n'en ai rencontré qu'un seul exemple. Ces calculs étaient à-peu-près gros comme l'amande d'une noisette, leur surface, très-irrégulière, était d'une couleur blanche. Ces calculs se dissolvaient dans l'acide muriatique avec dégagement d'une grande quantité de gaz acide carbonique ; ils formaient un carbonate de chaux (1) ; il est probable que les calculs formés dans le pancréas présentent entre eux quelques différences, ainsi qu'on l'observe

---

(1) *Voyez* le Traité du docteur *Pamberton*, sur les viscères abdominaux, page 92.

dans les calculs trouvés dans les autres parties du corps ; mais comme ces concrétions se développent très-rarement dans cet organe, ce point de doctrine ne sera pas éclairci de long-temps.

Pancréas n'existant pas.

On a trouvé des cadavres sans pancréas par suite d'un vice de conformation (1).

Symptômes.

Je n'ai vu qu'un seul abcès du pancréas chez un sujet de vingt ans environ. Il ne rapportait point à la région occupée par le pancréas le siége de sa douleur, mais il se plaignait beaucoup de tous les points de l'abdomen ; ce sentiment de douleur était accompagné de contraction spasmodique du canal intestinal, distendu par des gaz ; enfin le spasme des muscles de l'abdomen se joignait à tous ces symptômes ; l'état de malaise et de distension de l'estomac était augmenté par la présence des alimens, qui formaient un poids sur cet organe ; le malade éprouvait des évacuations alvines fréquentes ; il urinait peu, il finit par être hydropique ; son pouls offrait ordinairement quatre-vingts pulsations (2). Dans

(1) Voyez *Lieutaud*, tome I, page 247.

(2) Je dois au docteur *M. Heberden*, la connaissance de l'observation que j'ai citée plus haut.

plusieurs cas rapportés par les auteurs, les malades se plaignent ordinairement du dos et des lombes, sans offrir aucun symptôme particulier.

Quand le pancréas devient plus dur que dans l'état de santé, le sujet n'éprouve pas un sentiment de douleur bien distinct. Assez rarement cet organe acquiert, en s'endurcissant, un volume considérable, et suit la marche du squirrhe. Dans cette supposition, une douleur continue et fixe à la région épigastrique est accompagnée de nausées. Dans un cas que j'ai entendu rapporter : aux symptômes déjà cités, se joignaient une douleur dans les hanches et un sentiment d'engourdissement d'une cuisse et d'une jambe. Je ne connais point les symptômes produits par les calculs du pancréas : si leur surface est lisse, s'ils sont peu nombreux, il en résultera très-peu de douleur et d'inconvénient; mais s'ils sont anguleux, s'ils sont en grand nombre, ils détermineront beaucoup d'irritation et de douleur dans le pancréas; il est impossible de soupçonner la cause de cette irritation, à moins que quelques calculs arrivant jusqu'au duodénum, ne soient rejetés par le vomissement, ou entraînés par les évacuations alvines.

CHAPITRE XIII.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DES REINS ET DES CAPSULES RÉNALES.

Enveloppes des Reins enflammés.

Je n'ai jamais rencontré l'inflammation de la membrane propre des reins, maladie qui doit s'observer très-rarement; la raison de cette rareté dépend sans doute de la grande quantité de tissu cellulaire et de graisse interposée entre la membrane des reins et la portion du péritoine qui recouvre cet organe, car on observe que les membranes particulières aux autres glandes contenues dans l'abdomen doivent la fréquence de leurs états inflammatoires à leur union intime avec le péritoine, exposé lui-même à une infinité d'inflammations dont on est loin de connaître toutes les causes. Les symptômes de l'inflammation de la membrane des reins sont les mêmes que ceux que j'ai décrits déjà tant de fois.

Abcès des Reins.

L'inflammation du parenchyme du rein se termine souvent par suppuration. Cet organe glanduleux offre plus fréquemment que les autres des abcès qui, dans plusieurs circonstances que j'ai pu observer, ressemblent à tous ceux qu'on rencontre ordinairement dans les différentes régions de l'économie animale. Pourtant le plus souvent ces abcès sont scrophuleux.

Lorsque le rein est affecté de scrophule, et que cette maladie se termine par suppuration, elle présente des phénomènes variés, en raison des progrès de cette affection. Quelquefois on trouve un ou deux abcès circonscrits, contenant un pus grumeleux, sans aucun état particulier des parois des abcès ; souvent néanmoins ces parois sont tapissées par une matière pulpeuse. Ces abcès commencent par détruire la substance mamelonnée des reins, et finissent par convertir tout son parenchyme en un tissu membraneux, partagé lui-même en un grand nombre de cavités irrégulières qui sont tapissées par cette matière pulpeuse.

Ce tissu membraneux, résultat d'une longue maladie du rein, est quelquefois plus épais et souvent plus dur que les autres tissus de cette

nature. On y découvre souvent des couches lamelleuses. Quand le rein présente cet état pathologique, le bassinet du rein et l'uretère sont aussi affectés ; on trouve quelquefois un calcul dans le foyer de l'abcès, dans le bassinet ou dans l'uretère (1).

Tubercules scrophuleux des Reins.

Il n'est pas rare, je le répète, de trouver des abcès scrophuleux dans le rein ; mais rarement cet organe contient des tubercules scrophuleux. J'ai cependant eu l'occasion de rencontrer une fois ces tubercules qui ressemblaient parfaitement aux tubercules ordinaires des poumons. Aucun de ces tubercules n'était en suppuration.

Rein squirrheux.

J'ai vu le rein converti en une substance uniforme, ferme, présentant des intersections membraneuses et ayant entièrement perdu son organisation. Il avait aussi acquis un volume

---

(1) Dans ces circonstances, il est très-probable que le calcul a été la cause immédiate de l'autre maladie à laquelle la constitution avait une prédisposition ; l'irritation déterminée par le calcul a produit l'inflammation et la suppuration du rein, selon l'idiosyncrase du sujet.

considérable. Cette altération doit être désignée sous le nom de squirrhe, puisque cet état pathologique a la plus grande analogie avec le squirrhe des autres parties du corps. Le squirrhe du rein est très-rare.

Etat du Rein dans le Diabétès.

On trouve rarement l'occasion d'examiner l'état des reins dans le diabétès. J'ai eu néanmoins la possibilité de les observer avec soin chez un sujet travaillé pendant long-temps par le diabétès, et qui avait été confié à mes soins dans l'hôpital Saint-Georges. La surface des deux reins était recouverte de veines distendues par une quantité de sang plus considérable que dans l'état naturel, et disposées en un réseau agréable à l'œil. Tout le parenchyme du rein offrait un plus grand nombre de vaisseaux que dans l'état de santé, ainsi qu'on l'observe dans tous les tissus enflammés. Ces deux reins contenaient une très-petite quantité de fluide blanchâtre, ressemblant un peu à la suppuration ; mais il n'existait aucune trace d'ulcération. Les artères, les veines, les vaisseaux lymphatiques et les nerfs n'étaient nullement altérés. Le foie que j'ai examiné avec le plus grand soin, parce qu'on l'a regardé quelquefois comme le prin-

cipe du diabétès, était très-sain. L'estomac et les intestins n'offraient rien de particulier.

Reins devenus mous.

J'ai vu la substance du rein convertie en une substance molle et comme spongieuse ; on apercevait à sa surface des cavités arrondies isolées et placées à des distances irrégulières. Son tissu incisé présentait une substance mollasse. Les vaisseaux sanguins se ramifiaient d'une manière très-évidente dans cette masse spongieuse. Le rein ne contenait point de suppuration, et cet état pathologique ne ressemblait en rien aux effets de la suppuration. Cet état pathologique particulier avait détruit une partie considérable des reins, sans doute par l'action des vaisseaux absorbans qui paraissaient avoir ménagé la substance tubuleuse beaucoup plus que la corticale. Je n'exagère point, en disant que le rein avait la mollesse d'une éponge. En agitant dans de l'eau ces restes du tissu des reins, ils se séparaient à-peu-près comme les vaisseaux sanguins du placenta : j'ai observé deux ou trois fois ces phénomènes, mais à un degré moins avancé.

Hydatides des Reins.

Les hydatides se développent assez souvent

dans les reins. Quelquefois on trouve à la surface de cet organe une ou deux grosses hydatides entre son parenchyme et sa membrane propre ; d'autrefois elles sont plus nombreuses. Ces hydatides ne paraissent pas être de la même nature que celles du foie ; elles ne sont point renfermées dans des kystes solides. Leur enveloppe est plus mince et moins pulpeuse, et souvent elle est aussi mince que toutes les autres membranes. Je n'ai jamais vu, ainsi qu'on l'observe dans le foie, de petites hydatides implantées sur les parois des larges hydatides du rein. Aussi est-il probable que ces hydatides dépendent de l'altération du parenchyme néphrétique, et ne sont pas des animaux doués d'une organisation simple et manifeste.

Quelquefois cependant le rein contient des hydatides qui sont de la même nature que celles du foie. J'ai observé sur un cadavre un cas de cette espèce, et je vais indiquer ce qui s'est présenté à mon examen. Le rein droit d'un soldat était converti en un véritable sac, qui pouvait contenir au moins trois pintes de liquide ; une très-petite portion de l'extrémité inférieure de ce rein avait conservé sa structure naturelle. Ce sac était très-épais, il paraissait composé de plusieurs lames ; sa surface interne offrait la dureté d'un cartilage. Il était rempli d'hyda-

tides qui différaient beaucoup quant à leurs dimensions ; les unes étaient grosses comme une petite orange, les autres étaient aussi petites que des têtes d'épingles ; plusieurs de ces petites hydatides étaient logées dans des cavités placées à la surface interne du sac. Leurs parois étaient facilement séparées en deux lames, et présentaient une épaisseur différente dans les différentes hydatides. De cette différence il résultait qu'une hydatide était opaque, tandis que l'autre était transparente. Quelquefois même, une hydatide offrait des degrés et d'opacité et de transparence, en raison des dispositions de son enveloppe. Plusieurs hydatides contenaient des groupes de petites hydatides qui adhéraient à la surface interne des premières, et ressemblaient à de petites perles. Quelques-unes renfermaient des hydatides qui, quoiqu'assez grosses, flottaient librement dans leur cavité ; d'autres ne contenaient qu'un liquide qui était transparent dans le plus grand nombre, et dans quelques autres ressemblait à du petit-lait. Plusieurs petites hydatides ont souvent été entraînées par les urines pendant la vie. Il fallait, dans ce cas, que les efforts de l'action musculaire de la vessie fussent augmentés pour les chasser à travers le canal de l'urètre ; les mêmes efforts ajoutaient à l'énergie musculaire de

la vessie, comme on l'observe dans tous les cas où le passage des urines éprouve des obstacles.

Calculs des Reins.

Le développement des calculs n'a pas lieu seulement dans le rein, mais cet organe est sans contredit le plus exposé à ce phénomène. On trouve quelquefois de petits graviers dans la substance tubuleuse des reins; néanmoins le plus souvent on rencontre un calcul volumineux, soit dans la substance du rein, soit dans le bassinet de l'uretère (1).

C'est dans le dernier siège que l'on trouve le plus souvent un calcul qui, quand il ne peut,

---

(1) Quelquefois même le tissu du rein est converti en cloisons membraneuses plus ou moins multipliées qui contiennent une grande quantité de calculs. J'ai compté jusqu'à quarante de ces corps étrangers de différente proportion, dans des espèces de cellules que présentait un rein gauche. Il était impossible de retrouver la trace de la première organisation du tissu rénal. Ce malade avait d'abord consulté le célèbre *Antoine Petit;* plusieurs fois depuis il avait reçu des conseils du savant *Sabatier;* enfin, six mois avant sa mort, il avait réclamé les soins du docteur *Géraud.* Cette observation appartient à ce praticien estimable qui a eu l'obligeance de me la communiquer.

(*Note du Traducteur.*)

à cause de ses dimensions, s'engager dans l'uretère, augmente chaque jour de volume par suite de son contact avec l'urine. En se développant, il envoie des prolongemens dans les ramifications du bassinet qu'on a nommées entonnoirs, et présente pour cette raison la forme d'un arbre. Ces calculs offrent des différences de couleur et de surface. Cette couleur tantôt brune, tantôt noire, est quelquefois blanche. Leur surface peut être lisse ou légèrement rugueuse. Il sera question de la nature des calculs urinaires, quand je parlerai des phénomènes pathologiques de la vessie. Quand une pierre, située dans le bassinet de l'uretère, a acquis un volume considérable, elle s'oppose presque entièrement au passage de l'urine dans l'uretère; il en résulte une accumulation du liquide urineux dans le bassinet et dans la cavité du rein. Cette accumulation non-seulement distend facilement le bassinet, mais l'entraîne hors de la substance du rein. Quand l'écoulement de l'urine est arrêté par un obstacle placé à l'extrémité inférieure de l'uretère ou au col de la vessie, ou dans un point de l'urètre, non-seulement on a observé le développement des bassinets de l'uretère, mais ce canal lui-même acquiert une augmentation de diamètre. J'ai eu occasion de voir deux ure-

tères auxquels une pareille cause avait donné un diamètre deux ou trois fois plus considérable que dans l'état naturel (1).

Quelle que soit la nature de l'obstacle au passage des urines, si le bassinet de l'uretère est très-élargi par l'accumulation de l'urine, la cavité du rein devient aussi plus grande. La substance du rein comprimée de plus en plus par cette accumulation, est absorbée progressivement, et sa cavité est proportionnée à cette absorption. Le parenchyme du rein finit par disparaître, et se trouve converti en une membrane divisée en un grand nombre de cellules qui communiquent l'une avec l'autre ; cette membrane, quelquefois très-mince, présente des dimensions beaucoup plus considérables que celles qui appartiennent au rein dans l'état sain. Il est essentiel d'observer que la secrétion de l'urine continue même quand la structure naturelle du rein n'existe plus.

Ainsi, dans les circonstances dont nous parlons, et dans la conversion du rein en un groupe d'hydatides, on observe toujours la se-

---

(1) Quelquefois la nature trouve le moyen d'expulser un calcul qui a séjourné pendant plusieurs années dans un des uretères. (*Voyez* planche 3.e, et son explication.)
(*Note du Traducteur.*)

crétion urineuse. Il en résulte que la secrétion ordinaire de l'urine peut être établie par une très-petite portion de l'organisation naturelle du rein.

Rein converti en une substance terreuse et osseuse.

Les reins ont été quelquefois convertis en une substance terreuse (1) ; on a aussi trouvé un rein ossifié (2). Je n'ai jamais rencontré de semblables phénomènes, et je pense qu'ils sont très-rares.

Variétés congénitales originelles des Reins.

Les reins présentent des états de conformation extrêmement variés. Les deux reins sont quelquefois réunis d'une manière intime ; d'autrefois ils sont situés au-devant des vertèbres lombaires ; enfin, on les a vus placés sur les côtés du bassin. Ils sont souvent très-petits ; dans quelques circonstances, il n'existait pas de rein d'un côté ; dans ce cas, l'autre rein est beaucoup plus développé que de coutume.

Il est impossible de soupçonner une cause

---

(1) Voyez *Lieutaud*, tome I, page 282.

(2) *Voyez* Communications Médicales, vol. I, p. 416.

raisonnable de ces variétés, qui d'ailleurs ne produisent presqu'aucun résultat fâcheux pour les fonctions de l'économie animale.

Le peu de volume des reins permet que ces organes soient déplacés sans inconvénient, et comme leurs fonctions sont indépendantes de leur situation, ces mêmes fonctions s'exécutent quel que soit le siège occupé par ces organes. Quand les reins sont très-petits, ils peuvent, par l'augmentation de leur action, secréter une quantité d'urine presque aussi copieuse que de coutume, ou être suppléés dans leurs fonctions par une transpiration abondante; car il est prouvé que les secrétions de la transpiration et des urines se remplacent ordinairement. Le volume du rein qui existe seul lui donne probablement la faculté de remplir les fonctions dévolues à ces deux organes.

Phénomènes pathologiques des Capsules rénales.

Les capsules rénales sont rarement malades. La substance noire que présente leur centre, et qui est ordinairement consistante, est quelquefois assez ramollie pour être fluide; tel est probablement le phénomène dont parlent les auteurs, quand ils disent qu'ils ont rencontré dans la cavité des capsules rénales un liquide

noir comme de l'encre. On peut regarder cette description comme exagérée.

Abcès des Capsules rénales.

Les capsules rénales peu exposées à l'inflammation, présentent très-rarement des abcès. Les organes de l'économie animale susceptibles d'être enflammés, offrent sur cette prédisposition des différences nombreuses. Les auteurs rapportent très-peu d'abcès contenus dans les capsules rénales.

Capsules rénales scrophuleuses.

J'ai vu une seule fois les capsules rénales atteintes de scrophule ; dans ce cas, la capsule rénale malade très-développée avait presque le volume des reins ; elle était convertie en cette matière blanche que présentent les glandes absorbantes, quand elles sont devenues scrophuleuses.

Les capsules rénales ont aussi été quelquefois converties en une substance cartilagineuse. Ce phénomène est très rare (1).

On a quelquefois rencontré des petits graviers dans le tissu de ces capsules (2).

---

(1) Voyez *Sœmmerring*, Translations Germaniques, page 170.

(2) Voyez *Lieutaud*, tome I, page 286.

Symptômes.

L'inflammation des reins produit dans les régions lombaires une douleur qui se propage ordinairement le long des uretères. A ces symptômes se joignent l'engourdissement des cuisses, et chez l'homme la douleur et la rétraction du testicule. Quand un rein seul est enflammé, ces symptômes n'existent que du côté malade; les urines, tantôt blanches, tantôt rouges, sont expulsées fréquemment; l'estomac éprouve par sympathie des nausées et des vomissemens; une constipation opiniâtre est accompagnée de coliques violentes : à ces différens phénomènes se joint une fièvre symptomatique plus ou moins intense.

La terminaison de cette inflammation par suppuration se reconnaît au mélange du pus et de l'urine, et ce mélange est d'autant plus abondant que la quantité de suppuration est plus considérable.

Je ne connais point les symptômes qui peuvent indiquer l'état squirrheux des reins : ces symptômes n'ont pas d'ailleurs été signalés par les auteurs.

Aucun symptôme particulier n'accompagne le développement des hydatides des reins; ordinairement ce développement produit une dou-

leur lombaire, à laquelle s'unit un état fébrile symptomatique, des nausées, des vomissemens; mais ces symptômes peuvent appartenir à une infinité de maladies. On ne peut donc acquérir des données positives sur cet état pathologique que quand des hydatides, après avoir traversé l'uretère, s'échappent avec les urines. Dans cette dernière supposition, l'urine sort difficilement, son passage pouvant être interrompu par une hydatide arrêtée au col de la vessie, ou dans un des points du canal de l'urètre.

Il n'existe point de différence entre les symptômes de l'inflammation des reins et ceux qui sont produits par la présence des calculs qui irritent ces organes; néanmoins cette irritation peut être distinguée de la simple inflammation par les épiphénomènes suivans : de petits cristaux rouges sont souvent précipités aussitôt que l'urine est évacuée : quelquefois l'urine est mêlée à une certaine quantité de sang; les douleurs lombaires sont augmentées par des mouvemens brusques du corps.

On reconnaît le diabetès à une excrétion urineuse considérable; ce liquide, plus ou moins doux au goût, a la couleur du petit-lait. La soif est ardente et l'appétit vorace; le pouls est plus vîte que dans l'état naturel, et le marasme termine cette maladie.

CHAPITRE XIV.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DE LA VESSIE.

Inflammation de son Enveloppe péritonéale.

La portion du péritoine qui recouvre la vessie est rarement enflammée seule, mais elle partage l'inflammation qui frappe souvent tout le péritoine. Les phénomènes de cette inflammation ont déjà été décrits. L'inflammation de la membrane péritonéale de la vessie s'étend rarement à la membrane musculaire de cet organe. Ces deux membranes sont séparées par une quantité considérable de tissu cellulaire, qui permet à la portion péritonéale de se prêter aux différens degrés de distension de l'organe vésical, et qui empêche que l'inflammation de cette membrane superposée ne se communique à la musculeuse. Quand cette inflammation existe, elle produit souvent des adhérences de la vessie avec les parties voisines, chez la femme avec l'utérus, chez l'homme avec le rectum.

Inflammation de la membrane interne de la Vessie.

La membrane interne de la vessie s'enflamme assez souvent. Cette inflammation occupe quelquefois toute l'étendue de cette membrane; d'autres fois elle est bornée à un de ses points; la portion la plus fréquemment enflammée est celle qui avoisine le col de la vessie; deux causes peuvent déterminer ce phénomène : la première peut dépendre d'un obstacle au passage de l'urine, situé au col vésical ou dans son voisinage : cet obstacle produit plus ou moins d'irritation ou d'inflammation; l'autre cause reconnaît pour principe une inflammation du canal de l'urètre, qui se communique à la cavité de la vessie (1), et souvent même à toute son

(1) Cette cause ne me paraît pas admissible, car il s'ensuivrait que dans les blennorrhagies, la vessie se trouverait souvent enflammée; épiphénomène qui imprimerait aux blennorrhagies un caractère bien plus fâcheux que celui qu'elles présentent dans la plupart des cas. Attaché pendant quatre ans à l'hôpital des Vénériens, et depuis cinq ans à la Maison de santé, je n'ai pas une seule fois rencontré l'inflammation de la membrane interne de la vessie, déterminée par la blennorrhagie même la plus aiguë. (*Note du Traducteur.*)

étendue. Il est constant que dans les cadavres, la membrane interne de la vessie présente des vaisseaux à peine assez développés pour contenir du sang, tandis que, dans l'état inflammatoire, cette membrane est parcourue par une infinité de vaisseaux sanguins; quelquefois même on y observe des taches formées par un sang extravasé. L'inflammation intense de cette membrane peut se communiquer à la membrane musculeuse, mais cette communication est rarement observée; parce que ces deux membranes ne sont unies que d'une manière très-lâche.

Ulcères.

L'inflammation de la membrane interne de la vessie, terminée souvent par suppuration, produit quelquefois des abcès et des ulcères qui, quand ils sont dus à une inflammation ordinaire, présentent les phénomènes que j'ai déjà décrits si souvent. Quelquefois les progrès de ces ulcères détruisant toute l'épaisseur des parois d'une portion de la vessie, établissent des communications avec les parties voisines; savoir : tantôt avec la cavité abdominale, tantôt avec le rectum chez l'homme, et le vagin chez la femme. Quand il existe une communication avec la cavité de l'abdomen, l'urine s'épanche dans cette cavité, et y produit l'inflammation

de la membrane péritonéale, phénomène que j'ai eu l'occasion d'observer une fois d'une manière remarquable. La communication de la vessie avec le vagin ou le rectum permet l'issue des urines qui irritent et enflamment plus ou moins les organes qui leur livrent passage.

Les abcès de la vessie sont plutôt le résultat d'une cause externe que d'une inflammation développée spontanément (1). La plus commune de ces causes externes est l'incision de la vessie dans l'opération de la taille. Si la portion de la vessie incisée a été très-irritée pendant l'opération, ou si la constitution est violemment excitée par un degré ordinaire d'irritation, un ulcère s'établit sur les lèvres de la division, et

---

(1) La vessie quelquefois s'enflamme et s'ulcère à la suite du rétrécissement de l'urètre. Dans ce cas il se forme souvent des abcès urineux à la région péritonéale; quelquefois aussi l'inflammation de la vessie se communique au péritoine et au tube intestinal; ensorte que des vomissemens, même de matières stercorales, et tous les symptômes d'une péritonite aiguë se développent avec une rapidité menaçante, et le malade succombe dans l'espace de quelques jours. Au mois de juin dernier, j'ai vu ces différens phénomènes se développer successivement chez un vieillard de soixante-dix ans qui succomba le quinzième jour de son entrée à la Maison de Santé.

(*Note du Traducteur.*)

s'étend plus ou moins vers la cavité de la vessie.

Très-rarement toute la membrane interne de la vessie est détruite par l'ulcération de la vessie, de manière à laisser à découvert ses fibres musculaires, ainsi que pourrait le faire une dissection soignée. Dans un cas de cette espèce, j'ai vu la vessie entièrement remplie d'une suppuration scrophuleuse; une substance grumeleuse était mêlée à la suppuration, qui avait les caractères de celle qu'on trouve dans l'affection scrophuleuse des glandes absorbantes.

Squirrhe et Cancer.

Rarement la vessie est atteinte exclusivement de squirrhe ou de cancer. Ces deux affections lui sont le plus souvent communiquées par les organes situés dans son voisinage. Elles ont leur principe tantôt dans le rectum, tantôt dans l'utérus. Dans cette circonstance, la vessie devenue épaisse, dure, présente la dégénérescence cancéreuse ordinaire. Des communications s'établissent aussi généralement, soit avec le rectum, soit avec l'utérus, soit avec le vagin.

Excroissances fongueuses.

Quelquefois des végétations fongueuses s'élèvent de la membrane interne de la vessie, pour

former une seule masse ou des tumeurs séparées. Elles présentent, à l'examen, un tissu lâche et fibreux. Quand ces tumeurs sont situées, ainsi qu'on le voit souvent, dans le voisinage du col de la vessie, elles s'opposent à la sortie de l'urine; la vessie, obligée de se contracter violemment pour expulser ce liquide, acquiert un développement musculaire remarquable. Aussi très-souvent trouve-t-on la membrane musculeuse de cet organe épaissie. Quand même le siège de ces végétations ne serait point situé dans le voisinage du col vésical, il est probable que leur présence dans un des points de la cavité détermine des contractions fréquentes et énergiques de cet organe. La paroi musculaire devient, par cela même, plus ou moins épaisse.

Polype de la Vessie.

Quelquefois un polype se développe sur la membrane interne de la vessie, mais ce phénomène est très-rare. Je n'en ai rencontré qu'un seul exemple. Ce polype remplissait la plus grande partie de la cavité vésicale. Sa forme était irrégulière; c'était un composé de différentes masses dont la structure paraissait assez ferme.

J'ai vu aussi la membrane interne de la vessie se prolonger pour former des replis irréguliers. En incisant ces replis, on les trouva formés d'une quantité considérable de tissu cellulaire et d'un peu de graisse. Le travail pathologique qui produisit un tel phénomène, établi d'une manière lente, n'avait pas probalement été douloureux. Si ces prolongemens sont placés loin du col de la vessie, ils ne seront sans doute accompagnés d'aucun inconvénient; mais s'ils sont situés près de ce col, ils formeront un obstacle à la sortie des urines, et pourront devenir le principe d'une maladie funeste.

Kystes communiquant avec la Vessie.

On a trouvé quelquefois des kystes unis étroitement à la vessie, et communiquant avec la cavité de cet organe. Quelquefois les dimensions de ces kystes sont considérables; d'autres fois ils offrent un développement égal à celui de la moitié d'une vessie ordinaire. Il est difficile de se rendre compte de la formation de ces kystes; si nous les supposons développés dans le tissu cellulaire qui recouvre la vessie, comment expliquer leur communication avec la cavité vésicale, sans une ulcération qui n'existe pas? En supposant que ces kystes sont des

poches formées aux dépens de la vessie elle-même, il est toujours difficile d'expliquer leur formation et leur développement considérable. La dernière supposition est la plus raisonnable, et je crois qu'on peut l'appliquer au plus grand nombre des cas de cette espèce.

Membrane musculeuse épaissie.

Un des phénomènes pathologiques observé le plus fréquemment dans la vessie, est l'épaississement considérable de sa membrane musculeuse. Cette membrane, dans l'état naturel, quand la vessie est modérément distendue, présente de légères couches musculeuses qui affectent différentes directions. Ces couches réunies ont un huitième de pouce d'épaisseur. Cependant cette membrane musculeuse acquiert quelquefois l'épaisseur d'un demi-pouce. Cette augmentation d'épaisseur est produite par les contractions violentes de la vessie. Ces contractions sont nécessitées par les obstacles au passage de l'urine, dépendans ou du développement extraordinaire de la prostate, ou d'un calcul vésical, ou d'un rétrécissement urétral; l'une de ces maladies détermine donc nécessairement l'épaississement de cette membrane musculeuse. Quand la vessie est épaisse, les faisceaux mus-

culaires qui entrent dans son organisation sont très-développés ; mais ils n'acquièrent que très-rarement la couleur rouge qui distingue les faisceaux musculeux de même dimension qu'on rencontre dans les différentes parties du corps. C'est une exception à la marche suivie constamment par la nature, toutes les fois que l'action musculaire est augmentée. Quand les muscles doivent leur développement à un exercice forcé, ils acquièrent aussi une couleur rouge. Or, la paroi musculeuse de la vessie est, sans contredit, la portion musculeuse dans laquelle les contractions pourraient déterminer l'augmentation la plus considérable.

Les fibres musculaires de la vessie peuvent être séparées par de petites poches formées aux dépens de la membrane interne. Ce phénomène est sans doute le résultat de la pression exercée par l'urine sur cette membrane interne qui, elle-même, est fortement poussée par les contractions de la membrane musculeuse. Ces poches sont quelquefois assez larges pour admettre l'extrémité du doigt ; elles contiennent souvent des petits calculs. Cet état de la vessie ne permet point une grande distension de cet organe, qui, dans ce cas, ne peut contenir qu'une très-petite quantité d'urine. Le malade se trouve donc obligé d'uriner souvent, et les

efforts fréquemment produits par la membrane musculeuse ajoutent à son épaisseur. Ce phénomène est plus commun chez l'homme que chez la femme. Celle-ci est peu sujette aux causes qui peuvent les produire ; d'abord, parce qu'elle n'a point de glande prostate, ensuite parce que chez elle le canal de l'urètre, court et large, est rarement le siège d'un obstacle à l'issue des urines. L'épaississement de la paroi musculeuse de la vessie a pu quelquefois en imposer pour un squirrhe.

Vessie partagée en deux cavités.

L'organe vésical, ainsi qu'on l'observe rarement, peut être partagé en deux chambres qui communiquent ensemble. Je n'ai jamais rencontré cette disposition singulière. Mais je dois au docteur *Osh* les détails d'un cas de cette espèce qui s'est présenté à son observation. La cavité supérieure de la vessie dans ce cas pouvait être assez distendue par l'urine pour former une tumeur palpable au-dessus du pubis. L'introduction du cathéter dans la vessie ne pouvait extraire que quelques onces d'urines ; la tumeur sus-pubienne conservait ses dimensions. Quand le malade était debout, une pinte d'urine s'écoulait involontairement, la tumeur

s'affaissait et le malade était soulagé momentanément. A l'autopsie cadavérique, on trouva la vessie partagée en deux cavités par une membrane ferme; la communication entre les deux cavités était presque entièrement oblitérée.

Cette division de la vessie en deux cavités ne me paraît pouvoir être produite que de deux manières; d'abord par le développement pathologique de la membrane interne, qui formant des replis sur un point, peuvent s'accroître de jour en jour et former une cloison plus ou moins complète dans l'organe vésical. J'ai vu le diamètre de l'œsophage très-diminué par une bride formée aux dépens de sa membrane interne; et si un phénomène à-peu-près semblable se remarque aussi dans un des points du canal intestinal, pourquoi ne pourrions-nous pas l'admettre dans la membrane interne de la vessie?

L'autre manière d'expliquer la division de la vessie en deux cavités, est de l'attribuer aux violentes contractions des fibres musculaires transversales sur un des points de cet organe. Dans cette supposition, il existerait une grande analogie avec l'action de l'utérus quand celui-ci se contracte, en prenant la forme du sablier à horloge. Quand la douleur qui accompagne la division de la vessie en deux cavités n'a été que

Calculs urinaires.

momentanée, on doit l'attribuer à cette dernière supposition ; mais quand cette douleur persévère, elle doit dépendre de la première cause.

Calculs.

Les calculs qu'on rencontre fréquemment dans la cavité de la vessie, peuvent se développer à tous les âges. On les observe chez les enfans, chez les adultes et chez les vieillards. Les calculs sont moins fréquens chez les femmes que chez les hommes. La raison de cette différence dépend de deux causes. La première, c'est que l'urine de la femme a moins de tendance à former ces concrétions ; la seconde, c'est qu'un petit calcul qui s'échappe facilement par le canal de l'urètre de la femme serait retenu dans la vessie de l'homme, et y formerait le noyau d'un calcul beaucoup plus volumineux.

Les calculs trouvés dans la vessie peuvent être formés primitivement dans les reins et arriver à la vessie, après avoir traversé l'uretère (1) ; ils peuvent aussi se former primitive-

---

(1) *Voyez* la troisième planche, figure 5. Ce calcul oblong a séjourné pendant trois ans environ dans l'uretère d'une femme âgée de vingt-huit ans. Cette malade

ment dans la vessie ; dans cette dernière supposition, la matière du calcul est quelquefois déposée autour d'un corps étranger qui sert de base au calcul ; mais le plus souvent ce noyau n'existe pas. Les noyaux de cette espèce que j'ai rencontrés étaient de petites portions de plomb (probablement des débris de sonde de plomb), de petits clous et des petites pelotes de cheveux. En un mot, tout corps étranger introduit dans la vessie, peut y devenir le principe d'un calcul. On concevra aisément que

---

éprouvait de temps en temps des douleurs très-vives dans la région lombaire gauche : pendant ces espèces de crises qui se renouvelaient de temps en temps, et qui duraient six à huit jours, les évacuations d'urines diminuaient. Ce liquide était alors mêlé tantôt à un peu de sang, tantôt à une matière puriforme. Les boissons délayantes, les bains, les potions légèrement opiacées, furent les moyens employés successivement pendant les trois années de souffrances déterminées par une cause qu'il était difficile d'indiquer d'une manière précise. Enfin, au mois de juillet 1804, après une espèce de crise plus forte que toutes les autres, puisqu'elle dura douze jours, la malade éprouva un soulagement subit, et vingt-quatre heures après elle expulsa en urinant, avec des efforts violens et de nouvelles douleurs très-aiguës, la petite pierre que je viens d'indiquer. Depuis cette époque, la santé de cette dame n'a pas été un seul instant altérée.

(*Note du Traducteur.*)

ces sortes de noyaux peuvent plutôt servir de base aux calculs développés dans la vessie de la femme, parce que chez celle-ci le canal de l'urètre, plus lâche et plus court, permet plus aisément que chez l'homme l'introduction des corps étrangers dans la cavité de la vessie (1).

---

(1) *Voyez* la troisième planche : la figure 4 en représentant un calcul développé autour d'une épingle, confirme le principe qui établit comme cause déterminante de la formation des calculs, tout corps étranger introduit dans la cavité de la vessie. C'est sur-tout chez la femme, ainsi que l'observe très-judicieusement *Baillie*, que le canal de l'urètre peut faciliter l'introduction de ces corps étrangers.

Quand on employait les bougies de plomb pour combattre les rétrécissemens du canal de l'urètre chez l'homme, il arrivait souvent que des fragmens de ces bougies, entraînés par l'espèce de mouvement vermiculaire de ce canal dans l'intérieur de la vessie, offraient les inconvéniens dont nous avons parlé plus haut; mais aujourd'hui, grace à la précieuse invention de *Bernard*, les sondes de gomme élastique mettent les malades à l'abri de pareils dangers. Il ne faut pas néanmoins laisser la même sonde séjourner plus de quatre à cinq jours dans le canal de l'urètre. A cette époque, il faut la retirer pour la nettoyer ou la remplacer par une autre. J'ai rencontré il y a dix mois, un de ces malades pusillanimes qui, voulant éviter la douleur d'une nouvelle introduction, s'obstina à vouloir, contre mon avis, garder la même sonde pendant dix jours. Quand il

Les calculs sont mobiles dans la vessie ou fixés sur un des points de sa cavité ; quand ces calculs sont peu volumineux, ils se logent quelquefois dans des poches, ou petits sacs, formés par la saillie de la membrane interne à travers les fibres musculaires. On a vu quelquefois un calcul adhérer fortement à une végétation de la vessie.

Souvent la cavité vésicale ne contient qu'un calcul dont la forme est alors ordinairement ovale. Plus souvent les calculs sont en plus ou moins grand nombre, et le frottement éprouvé par la rencontre fréquente

---

consentit à la laisser retirer, le tissu de la sonde était tellement altéré, qu'elle se rompit, le cinquième environ de sa longueur, resta dans le canal de l'urètre ; six jours après le malade l'expulsa avec les urines. Il fut facile d'apercevoir alors le reste d'une incrustation calculeuse qui, enveloppant la sonde dans le point embrassé par le col vésical, s'était opposée à son extraction. Ce fut cette même incrustation qui empêcha le reste de la sonde de se précipiter dans la cavité de la vessie, et qui prépara son expulsion qui eut lieu le sixième jour, ainsi que je l'ai déja dit.

Cet accident dut me rappeler le précepte de *Celse*, qui veut que tout chirurgien soit *immisericors*, et je me promis bien d'être à l'avenir inaccessible à toute espèce de condescendance qui pourrait faire concevoir la plus légère inquiétude. (*Note du Traducteur.*)

de ces corps dans un petit espace en rendant leurs surfaces polies, produisent aux dépens de leurs bords des angles plus ou moins saillans (1). Quelquefois la surface des calculs est lisse et uniforme ; d'autres fois elle offre des inégalités qui, le plus ordinairement rapprochées les unes des autres, présentent un aspect rugueux. Quelquefois ces inégalités se trouvent réunies en groupes sur certains points de la surface. Ces inégalités tantôt petites, tantôt développées, s'élèvent plus ou moins à la surface de ces concrétions. Quelques calculs offrent la

---

(1) *Voyez* la troisième planche. La figure 7 offre un calcul dont la conformation ressemble beaucoup à un cube. Elle a été trouvée dans la vessie de notre immortel *Buffon*, qui succomba à l'âge de 81 ans, après avoir éprouvé pendant long-temps, et sur-tout pendant les dernières années de sa vie, des douleurs très-aiguës dont on concevra facilement l'exaspération, quand on saura que sa vessie contenait cinquante-sept calculs peu différens de celui que j'ai fait graver. Il ne voulut jamais consentir à se laisser opérer, malgré les douleurs inouies auxquelles il était souvent en proie. Ces douleurs dépendaient sans doute et du nombre et de la configuration anguleuse de ces calculs. Les faces aplaties et multipliées qu'on apercevait sur chacun de ces corps, étaient le résultat nécessaire du frottement de ces calculs l'un sur l'autre, ainsi qu'on l'observe chez tous les sujets.

(*Note du Traducteur.*)

disposition contraire ; ils sont percés d'une infinité de pores.

Un calcul scié ou brisé présente ordinairement une organisation lamelleuse ; ces lames disposées en lignes courbes concentriques sont appliquées l'une sur l'autre d'une manière plus ou moins intime. Quelquefois elles n'adhèrent entre elles que très-légèrement ; elles offrent une épaisseur différente dans les différens calculs. Souvent cette structure lamelleuse règne dans toute l'épaisseur du calcul, tandis que dans quelques circonstances elle est interrompue par un tissu parsemé de pores. Quelques-unes de ces pierres offrent une texture toute poreuse, sans aucune apparence lamelleuse. La couleur des calculs varie à l'infini. Elle est tantôt d'un brun-clair, tantôt d'un brun-foncé ; quelquefois elle est blanche, d'autres fois elle est jaune. Différentes portions du même calcul peuvent aussi offrir une couleur différente ; par exemple, quelques lames peuvent être très-blanches pendant que les autres sont brunes. J'ai observé que dans cette espèce de mélange l'extérieur du calcul était occupé par les couches blanches, et le centre par les couches brunes. Je n'ai jamais vu les couches de différentes couleurs alterner.

La pesanteur et la densité des calculs uri-

naires présentent des variations nombreuses. Ces corps en général pèsent deux fois autant qu'un volume égal d'eau.

Ce n'est que depuis quelques années que la chimie analysant avec soin les calculs urinaires, les a divisés en six espèces.

La première espèce, plus commune que toutes les autres, est composée d'un acide qu'on appelle lythique ; mêlé à une certaine proportion de matière gélatineuse, et dans quelques cas à une très-petite portion de chaux, sa texture est en partie lamelleuse et en partie poreuse. Sa couleur brune offre une infinité de nuances, quelquefois même elle a une teinte légèrement jaunâtre. *Schelle* et *Bergmann* ont les premiers constaté les propriétés chimiques de cette espèce de calcul urinaire.

La seconde espèce se compose de cristaux formés de la combinaison de l'acide phosphorique avec la magnésie et l'ammoniaque, de phosphate de chaux et d'acide lithique en petite proportion. Sa couleur est blanche, sa surface est plus irrégulière que celle des autres espèces ; sa structure est en partie lamelleuse et en partie poreuse ; cette espèce peut être fondue au chalumeau ; elle a reçu généralement le nom de calcul fusible.

La troisième espèce présente de la chaux unie

aux acides saccharin et phosphorique; ordinairement un peu d'acide lithique est placé dans les interstices de ces combinaisons. La surface de ce calcul offre des inégalités comme la mûre, et a été pour cette raison appelé calcul mural (1); sa couleur est noire; sa structure se compose de lames irrégulières, dont les nuances varient beaucoup; elle est tantôt blanche et tantôt noire. Les lames blanches sont ordinairement placées dans le voisinage de la surface, quoique celle-ci soit noire.

La quatrième espèce est entièrement composée de phosphate de chaux, et a reçu le nom d'osso-terreux. Sa couleur est légèrement brune, ses lames offrent peu d'adhérence. L'analyse

---

(1) *Voyez* la troisième planche, figure 6. Ce calcul appelé *mural*, à cause de la ressemblance qu'on a cru lui trouver avec la *mûre*, est divisé à sa partie moyenne dans toute son étendue. Il est facile de distinguer la couleur brune et noire de sa substance, qui est comme marbrée dans son centre. Ce calcul offre à l'extérieur des petits points tantôt arrondis, tantôt aigus, qui pèsent sur la membrane interne de la vessie d'une manière très-fâcheuse. Ce calcul est beaucoup plus compact et beaucoup plus lourd que les calculs des autres espèces. Aussi ces différentes causes rendent-elles sa présence dans la cavité vésicale, et plus douloureuse et plus insupportable pour le malade. (*Note du Traducteur.*)

soignée de ces trois dernières espèces de calculs est sur-tout due au docteur *Wm. Hyde Wollaston*.

La cinquième espèce, découverte dernièrement par M. *Crumpton* (1), se compose de carbonate de chaux mêlé à un peu d'eau et de matière animale.

La sixième espèce de calculs a été découverte depuis peu par le docteur *Wm. Hyde Wollaston;* il ne l'a rencontrée que dans deux circonstances, ce qui doit la faire regarder comme très-rare : c'est un triple phosphate de magnésie; sa texture n'offre pas de lames distinctes; elle ressemble plutôt à une masse cristallisée irrégulièrement. Cette espèce de calcul s'unit aisément aux acides et aux alkalis, elle contient une petite proportion d'oxigène qui paraît offrir une combinaison particulière que le docteur *Wollaston* a nommée oxyde cystique (2).

La matière destinée à former le calcul se réunit généralement en plusieurs masses plus ou moins circonscrites; quelquefois même la vessie est entièrement remplie d'une substance qui ressemble à du mortier : je m'en rappelle un

---

(1) *Voyez* Système de Chimie de *Thompson*, vol. 4, page 671.

(2) *Voyez* Transactions Philosophiques, partie 2. 1810.

exemple. Dans ce cas, la matière terreuse ne peut être entièrement enlevée de la vessie; une portion considérable de cette matière adhère irrégulièrement aux parois internes de cet organe. Je pense que cette matière était de la même nature que les calculs ordinaires, parce qu'elle offrait les mêmes affinités avec les acides vulgairement employés. Depuis trois ans, j'ai eu l'occasion de trouver cette matière offrant l'apparence et la consistance du mortier, mais en petite quantité; cette matière était accompagnée de l'inflammation chronique de la membrane interne de la vessie, et des couches de lymphe coagulable en étaient incrustées. Cette maladie, qui dura pendant plusieurs années, était compliquée d'un rétrécissement de l'urètre.

Vessie distendue.

Les autopsies ont quelquefois fait voir la vessie très-distendue, occuper la région inférieure de l'abdomen. Ce phénomène peut dépendre de l'accumulation de l'urine par une cause qui ne détruit pas la faculté contractile de la membrane musculeuse de cet organe, ou de la paralysie de cette membrane musculeuse, qui ne peut plus expulser le liquide urineux. Il ne me paraît pas possible de distinguer ces deux causes

après la mort : cette distinction ne peut être établie que par l'histoire des accidens éprouvés par le malade.

Vessie contractée.

La vessie est quelquefois tellement contractée, qu'elle présente à peine une cavité ; souvent ce phénomène n'est point une maladie, mais seulement l'effet de l'action énergique de la membrane musculaire de la vessie.

Souvent aussi l'irritation habituelle de la membrane interne de l'organe vésical force la membrane musculaire de faire fréquemment effort pour expulser une petite quantité d'urine, ensorte que cet organe reste constamment plus ou moins contracté.

Partie antérieure de la Vessie n'existant pas.

La partie antérieure de la vessie est remplacée, quand elle n'existe pas, par une masse charnue, molle et vasculaire située à la région inférieure de l'abdomen ; cette masse charnue présente ordinairement des prolongemens irréguliers qui, chez le vivant, sont recouverts d'un mucus épais et visqueux. Les uretères s'ouvrent dans un des points de cette masse charnue, qui est mise à l'abri de l'irritation

urineuse par le mucus dont nous venons de parler; ce vice de conformation doit être toujours accompagné de la non-existence de la symphise du pubis, et de quelques monstruosités dans les organes de la génération. J'ai décrit avec détails ce vice de conformation dans les Transactions médicales et chirurgicales (1).

Communication entre le Rectum et la Vessie par vice de conformation.

Une autre espèce de vice de conformation de la vessie est celui qui établit une communication entre cet organe et le rectum, qui vient se terminer dans la cavité vésicale. Je n'en ai rencontré qu'un seul exemple, que j'ai déjà rapporté en parlant des maladies et des vices de conformation des intestins (2).

---

(1) *Voyez* Transact. Méd. et Chirurgicales, vol. I, page 189.

(2) Ce vice de conformation existe plus souvent chez les moutons que chez l'homme. Un fermier, qui depuis long-temps est à la tête d'une exploitation rurale très-considérable, m'a répété plusieurs fois que sur deux cents élèves qu'il pouvait espérer de son troupeau, il était presque assuré de trouver un ou deux vices de conformation analogues à celui dont nous parlons. Dans ce cas, ces élèves se nourrissent mal, et on est obligé de les tuer de bonne heure. (*Note du Traducteur.*)

Hernie de la Vessie.

La vessie peut s'échapper en totalité ou en partie pour former une hernie à travers l'anneau inguinal ou l'arcade crurale ; et comme c'est la portion antérieure qui n'est point recouverte par le péritoine qui se présente d'abord dans la tumeur, cette espèce de hernie n'a point de sac ; si cette hernie est volumineuse, la vessie entraîne avec elle une portion du péritoine, qui forme alors un véritable sac situé au-dessus de cet organe (1).

Symptômes.

L'inflammation de la vessie est accompagnée d'une douleur au périnée ou à la région hypogastrique, et d'une tension ou d'une tuméfaction de cette région ; le malade fait de fréquens efforts pour uriner ; les urines sont rares, leur expulsion très-douloureuse, ou bien il existe une ischurie complète avec un désir violent d'évacuer la vessie. L'union du rectum à la vessie détermine le ténesme ; l'estomac est tourmenté par des nausées et des vomissemens ; dans quelques cas, il existe délire. La terminaison de l'in-

(1) Voyez *Pott*, sur les hernies, page 226.

flammation par suppuration se reconnaît au mélange du pus et de l'urine.

Quand un ulcère situé dans le voisinage de la vessie s'étend jusqu'à cet organe, on peut soupçonner son existence à la difficulté que le malade éprouve à uriner. Quand cet ulcère a fait des progrès tels qu'une communication est établie entre la vessie et l'utérus, entre la vessie et le vagin, entre la vessie et le rectum, on reconnaît cette communication par le passage de l'urine à travers le vagin ou l'anus, passage qui est accompagné de douleur et d'irritation; on peut reconnaître encore cette communication à l'air ou aux matières fécales qui s'échappent quelquefois par le canal de l'urètre.

Quand deux cavités commencent à se former dans la vessie, il en résulte probablement peu d'inconvéniens, parce qu'à cette époque ces cavités communiquent largement; aussi est-il très-difficile alors de préjuger la nature de cet état pathologique; mais quand cet état a fait des progrès, et que la communication entre les deux chambres est très-étroite, on peut soupçonner l'existence de cette affection d'après les circonstances suivantes: il existe une tumeur considérable et circonscrite à la région hypogastrique; le malade urine moins que dans l'état de santé, et l'évacuation urineuse diminue peu

le volume de la tumeur ; ou bien le cathéter introduit dans la vessie livre passage à une très-petite quantité d'urine, et la tumeur sus-pubienne reste toujours la même ; il peut arriver aussi qu'une certaine attitude imprimée au corps établisse une communication de la chambre supérieure avec la chambre inférieure ; l'urine alors s'échappe par l'urètre en plus grande quantité que de coutume ; la tumeur sus-pubienne disparaît, et le malade éprouve à l'instant un soulagement manifeste, qui existe jusqu'à ce qu'une autre accumulation urineuse ait été produite.

L'existence des excroissances fongueuses de la membrane interne de la vessie peut quelquefois être reconnue pendant la vie, par l'introduction d'un cathéter ; mais ce n'est qu'à l'autopsie cadavérique qu'il est possible de constater la nature de cet état pathologique. Quand une de ces excroissances est située dans le voisinage du col de la vessie, elle produit une plus ou moins grande difficulté d'uriner. Dans quelques cas, le malade urine fréquemment ; souvent le désir d'uriner excite des contractions de la vessie. Quand cet organe ne contient que peu ou point d'urine, ce liquide est quelquefois teint de sang ; mais ces symptômes appartiennent aussi à d'autres maladies, et ils ne peuvent seuls établir les signes pathognomoniques de ces excroissances fongueuses.

Je ne connais point de symptômes qui puissent faire reconnaître le polype de la vessie : il est probable qu'ils ont beaucoup d'analogie avec ceux des excroissances fongueuses de cet organe.

Les symptômes qui annoncent la présence d'un calcul dans la vessie, sont très-connus. Le malade éprouve de la douleur à l'orifice du canal de l'urètre, après avoir uriné, ou fait un exercice quelconque (1). Quand le calcul est volumineux, le malade ressent une douleur obtuse au col vésical ; l'urine est expulsée fréquemment ; elle sort souvent goutte à goutte, ou bien son jet est tout-à-coup interrompu ; elle dépose une grande quantité de mucosités fournies par les glandes muqueuses voisines du col de la vessie, glandes dont la secrétion est

---

(1) Il n'est pas nécessaire qu'un calculeux s'agite, fasse de l'exercice ou urine pour souffrir ; très-souvent il éprouve des douleurs aiguës et qui répondent constamment à l'extrémité du gland, même quand il conserve une immobilité absolue. Debout, assis ou couché, ces mêmes douleurs peuvent se renouveler à des intervalles très-rapprochés. Elles dépendent essentiellement de la conformation et de la pesanteur des calculs : elles dépendent sur-tout de la sensibilité de la vessie, qui, quelquefois, est parvenue à un degré d'exaltation excessive.

(*Note du Traducteur.*)

augmentée par l'irritation calculeuse (1); l'urine est aussi quelquefois teinte de sang versé par les petits vaisseaux déchirés par les inégalités de la pierre, déchirement qui paraît surtout provoqué par les mouvemens brusques exécutés par le malade. Le ténesme produit dans cette circonstance est le résultat de la connexion de la vessie avec le rectum, et de la sympathie qui existe entre les fonctions de ces deux organes (2).

---

(1) La présence de la pierre dans la cavité vésicale ne détermine pas toujours l'expulsion des matières muqueuses, ainsi que l'affirme *Baillie*. On peût même assurer que dans la plupart des circonstances les urines sont naturelles. Lorsqu'on voit des matières muqueuses se précipiter au fond du vase destiné à recevoir les urines, on doit craindre l'affection de la membrane muqueuse, affection qui doit toujours faire des progrès tant que le malade n'aura point subi l'opération. Il arrive même quelquefois, dans ce cas, que plusieurs années après avoir été opérés, les taillés éprouvent des douleurs plus ou moins aiguës de la vessie; l'ulcération de cet organe s'établit, et le malade succombe après un temps très-long, au milieu des douleurs déchirantes qui accompagnent la marche de cet horrible ulcère. C'est ainsi que je vis périr, il y a trois ans, un de mes amis qui avait été opéré en 1802; il est mort à trente-deux ans. Depuis qu'il avait été taillé, ses urines avaient toujours entraîné des matières muqueuses.

(*Note du Traducteur.*)

(2) Plus la pierre est volumineuse, plus elle est irrégu-

Quand la matière calculeuse ramollie ressemble à du mortier, l'urine est expulsée fréquemment en petite quantité et avec de violentes douleurs; des parcelles de cette matière sont quelquefois entraînées par les urines; elles sont enveloppées d'un mucus visqueux et teint de sang.

CHAPITRE XV.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DES VÉSICULES SÉMINALES.

Les phénomènes pathologiques des vésicules séminales sont peu connus, ces corps ne pou-

---

lière, et plus le ténesme dont nous parlons est prononcé. Ce ténesme est d'autant plus considérable quelquefois, que ce calcul pressant sur le rectum et diminuant le diamètre de cet intestin, s'oppose en grande partie au passage des matières stercorales. Dans ce cas, le malade est sans cesse tourmenté; il ne peut aller à la garde-robe qu'avec des efforts violens et des contorsions presque convulsives. J'observai ces différens phénomènes il a y environ quatre ans, chez un sujet de vingt-deux ans opéré avec le plus grand succès. (*Note du Traducteur.*)

vant être aperçus sans une dissection très-soignée, tandis qu'un grand nombre d'autres viscères se présentent à la vue aussitôt que la cavité dans laquelle ils sont logés est ouverte. Cependant les vésicules séminales ont quelquefois offert des altérations.

Vésicules séminales enflammées.

Je n'ai jamais rencontré l'inflammation essentielle des vésicules séminales, quoique cet état pathologique puisse les atteindre, ainsi que les autres organes de l'économie animale : je les ai néanmoins vues participer à l'inflammation des parties voisines.

J'ai vu la face postérieure de la vessie, les vésicules séminales, et une portion du rectum adhérer d'une manière intime, ainsi qu'on l'observe dans les autres organes qui ont été frappés d'inflammation. Très-rarement néanmoins l'inflammation des vésicules séminales est assez forte pour se terminer par suppuration (1).

---

(1) Voyez *Sœmmerring*, Translation Germanique page 194.

Vésicules séminales scrophuleuses.

Les vésicules séminales sont quelquefois atteintes de scrophules. J'ai vu une fois ces vésicules remplies d'une suppuration scrophuleuse qui présentait les caractères que j'ai déjà indiqués si souvent.

Canaux des Vésicules séminales terminés en cul-de-sac.

Les canaux des vésicules séminales s'ouvrent dans la cavité de la glande prostate; mais quelquefois ces ouvertures n'existent pas et sont remplacées par un cul-de-sac. Les canaux déférens s'éloignant de leur direction naturelle, se terminent aussi dans le cul-de-sac dont je parle. Ce vice de conformation extrêmement rare est très-fâcheux, parce qu'il met obstacle au passage de la liqueur séminale dans le canal de l'urètre, et empêche par conséquent l'exécution d'une des fonctions les plus importantes de l'économie animale. Le docteur *Hunter* conserve dans son cabinet un exemple de cette erreurde la nature.

Vésicules séminales très-petites.

Les vésicules offrent chez les adultes des di-

mensions très-variées, et souvent chez le même sujet l'une est beaucoup plus grosse que l'autre. J'ai vu plusieurs fois ces organes si petits, qu'ils ne pouvaient certainement pas remplir les fonctions auxquelles ils sont destinés.

L'une des Vésicules n'existant pas.

Une des vésicules quelquefois n'existe pas; dans ce cas, je pense que le canal déférent de ce côté, devient plus large, prend une direction tortueuse, et remplace en quelque sorte cette vésicule. C'est du moins ce que j'ai observé dans un cas de cette espèce que j'ai rencontré. L'extrémité du canal déférent offrait un tissu absolument semblable à celui des vésicules séminales, ce qui rend très-probable la conjecture que j'établis.

Vésicules séminales squirrheuses.

On a vu aussi les vésicules séminales squirrheuses, mais ce phénomène est très-rare (1).

On a quelquefois rencontré des petites pierres dans les vésicules séminales; je n'en ai jamais observé; elles doivent se développer très-rarement dans ces organes (2).

---

(1) Voyez *Morgagni*, épit. XLVI, art. 5.

(2) Voyez *Sœmmerring*, Translat. German., p. 193.

Symptômes.

Les symptômes qui accompagnent les maladies des vésicules séminales n'ont point été établis par les auteurs, et doivent être très-difficiles à distinguer; j'ai une seule fois observé sur le cadavre l'altération pathologique de ces organes, mais il ne m'a pas été possible de connaître les symptômes qui, pendant la vie, avaient accompagné cette altération.

CHAPITRE XVI.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DE LA GLANDE PROSTATE.

Abcès de la Glande prostate.

La glande prostate est rarement enflammée. J'ai vu néanmoins cette glande, sans aucune augmentation de volume, contenir un abcès dont le pus offrait les caractères ordinaires de la suppuration. Cet abcès avait sans doute été précédé de l'inflammation commune à tous les organes.

Scrophule de la Glande prostate.

Le tissu de la glande prostate est quelquefois atteint de scrophule : en l'incisant, j'ai trouvé cette matière blanche, grumeleuse, qu'on observe dans les glandes lymphatiques frappées de scrophule. En pressant ce tissu, j'en exprimais une suppuration scrophuleuse.

Squirrhe de la Glande prostate.

L'affection la plus fréquente de la prostate est son développement squirrheux. Son volume, dans l'état de santé, égale celui d'une châtaigne ; mais souvent il est six fois plus considérable quand cette glande est squirrheuse : lorsqu'elle a acquis ce développement, son incision laisse apercevoir une substance très-ferme, blanche ou brune, contenue dans des cloisons membraneuses qui suivent différentes directions. Elle présente l'aspect squirrheux des autres parties du corps. L'augmentation des parois de cette glande rend sa cavité plus profonde. Son extrémité postérieure fait dans la vessie une saillie qui empêche l'urine d'arriver au canal de l'urètre (1). Le degré de cette sail-

(1) M. *Home* a découvert dernièrement que cette saillie était due au développement d'un lobule de la glande prostate, inconnu jusqu'ici.

lie s'oppose plus ou moins au passage de l'urine, ainsi qu'à celui d'une sonde qu'on voudrait introduire dans l'organe vésical. Cette introduction est quelquefois impossible, et on a été assez heureux pour traverser avec l'instrument cette portion saillante, et pour extraire ainsi le liquide urineux. Les efforts établis pour obtenir ce nouveau passage pour les urines ont peu irrité la glande, et ont prolongé les jours du malade. Il faut néanmoins toujours tâcher de passer au-dessus de la portion saillante, afin de ne point exposer le malade aux suites redoutables d'un déchirement de cette glande.

Quelquefois la glande prostate se développe irrégulièrement, et sa cavité alors présente un conduit tortueux qui s'oppose à la sortie de l'urine et à l'introduction de la sonde. Dans cet état d'accroissement, la face interne de cette glande n'est pas toujours ulcérée (1); quelquefois il s'établit des points fistuleux qui commu-

---

(1) Quoique j'aie appelé squirrhe de la glande prostrate, cet état de dureté et cette analogie de tissu avec le squirrhe des autres glandes, je crois pourtant que cette affection n'est pas de nature squirrheuse, 1.° parce qu'elle a peu de tendance à l'ulcération; 2.° parce qu'elle peut se dissiper : phénomène qui n'existerait pas si l'état squirrheux était bien caractérisé.

niquent avec le rectum. Il arrive souvent, je le répète, que le développement de la prostate s'oppose fortement à l'émission des urines. Cet obstacle détermine des contractions violentes et fréquentes de la membrane musculeuse de la vessie ; il en résulte un épaississement considérable de cette membrane. Aussi cette augmentation d'épaisseur accompagne-t-elle toujours le développement de la prostate. Cet état pathologique, très-rare chez les jeunes sujets, s'observe quelquefois chez les vieillards.

Calculs dans les conduits de la Glande prostate.

Un phénomène beaucoup plus rare que celui dont nous venons de parler, est la formation de calculs dans les conduits de la prostate. Ils ont à peine le volume d'un pois. Ceux que j'ai vus avaient une couleur brune-foncée ; le docteur *W. Hyde Wollaston* a démontré par l'analyse que c'était un phosphate de chaux dans l'état de neutralisation.

Canaux de la Glande prostate devenus plus larges.

Quelquefois la cavité et les canaux de la glande prostate offrent une augmentation con-

vent encore le desir de satisfaire ce besoin. L'effort produit pour l'évacuation de l'urine et des matières fécales, détermine souvent l'issue d'un mucus secrété par cette glande. Ce n'est qu'avec une très-grande difficulté qu'on introduit une bougie ou un cathéter dans la vessie; souvent même cette introduction est impossible.

On rencontre si rarement des calculs dans la glande prostate, que les auteurs parlent à peine des symptômes qui pourraient faire croire à leur existence. Quand ces calculs sont assez petits pour être contenus dans les canaux de cette glande, ils produisent sans doute peu d'inconvénient; quand ce corps étranger forme saillie dans la cavité de la prostate, il doit produire la difficulté d'uriner, et l'introduction du cathéter doit rencontrer un obstacle semblable à celui qui résulte de la présence d'un calcul urinaire arrêté au col de la vessie (1).

---

(1) Avant que ce calcul fasse saillie dans l'intérieur de la cavité que présente la prostate, et consécutivement dans la cavité du col vésical ou du canal de l'urètre, le malade a dû éprouver des difficultés d'uriner dont il était impossible de deviner la cause. C'est seulement par le frottement des parois de la sonde d'argent contre ce calcul, qu'on peut obtenir le bruit qui seul doit être regardé comme un signe pathognomonique, dans cette circons-

CHAPITRE XVII.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DU CANAL DE L'URÈTRE.

Abcès.

La portion membraneuse du canal de l'urètre est souvent le siège d'abcès qui terminent une inflammation, ainsi qu'on l'observe dans les autres parties du corps ; néanmoins le plus souvent le retrécissement de ce canal est la cause de cette inflammation. Ce retrécissement est fréquemment situé près de la portion bulbeuse ou de la portion spongieuse de l'urètre. L'urine fortement poussée contre ce point retréci du canal, y détermine une irritation qui produit et l'inflammation et la suppuration ; les abcès s'ouvrant au dehors, livrent passage à l'urine. Dans cet état, l'abcès du canal de l'urètre ne diffère point de ceux qui communiquent avec la vessie (1).

tance, ainsi que nous l'observons qand la vessie contient un ou plusieurs calculs. (*Note du Traducteur.*)

(1) L'abcès du canal de l'urètre, bien que déterminé

Fistule urinaire.

Tant que le retrécissement de l'urètre existe, l'ouverture qui a succédé à la rupture de l'abcès, loin de se fermer, présente bientôt un orifice fistuleux. Les bords de cet orifice, ainsi que ceux de toutes les fistules, sont épais et durs. Le siège le plus fréquent de ces fistules est le fond du scrotum, parce que les retrécissemens dont nous parlons sont souvent placés près du bulbe ou de la portion spongieuse de l'urètre. Il existe souvent plusieurs ouvertures condui-

---

par la présence de l'urine, diffère essentiellement de l'abcès urineux qui communique avec la vessie; 1.° parce qu'en introduisant une sonde de gomme élastique dans le canal de l'urètre, et de là dans la cavité vésicale, on empêche les urines d'entretenir la plaie urétrale qui résulte de l'ouverture de l'abcès; 2.° parce qu'il est impossible d'empêcher que la plaie ou l'ulcération de la vessie ne soit constamment baignée par l'urine, et, par conséquent, perpétuée d'une manière indéfinie. Enfin, ces deux abcès diffèrent, parce que celui qui succède à une lésion du canal de l'urètre, peut presque toujours etre conduit à une guérison radicale, tandis que quand cet abcès est produit par l'érosion des tuniques vésicales, sur-tout vers leur moitié inférieure, on doit regarder cette affection comme incurable. (*Note du Traducteur.*)

sant à des canaux très-courts qui marchent dans différentes directions.

Calcul occupant la Portion membraneuse de l'Urètre.

J'ai vu la portion membraneuse du canal de l'urètre tellement distendue, qu'elle pouvait contenir un œuf de poule. Ce développement était dû à la présence d'un calcul (1). Ce corps

---

(1) *Voyez* la troisième planche, figure 1. Ce calcul, développé dans le canal de l'urètre d'un homme, est arrivé à des proportions énormes. Il est probable que les petits calculs qui s'engagent dans le canal de l'urètre, sans pouvoir le franchir de suite, s'élèveraient progressivement à ces dimensions, si l'on n'en obtenait pas l'extraction à l'aide de la pince ingénieuse de *Hunter*. Chez la femme, l'extraction d'un petit calcul ainsi engagé, offre beaucoup moins de difficulté. Il suffit d'employer les pinces à pansement ou la curette. C'est ainsi que je fis, il y a cinq mois, l'extraction d'un calcul qui distendait le canal de l'urètre d'une femme de quarante ans; rien ne fut plus simple ni plus facile que cette extraction.

Baillie ne parle point des calculs qui peuvent se former entre le gland et le prépuce. *Voyez* planche troisième, figure 2.

Ce calcul, développé sous le prépuce, a acquis un accroissement prodigieux. Il devait permettre difficilement la sortie des urines. Il n'a pu parvenir au volume que nous apercevons ici, que parce que l'ouverture du prépuce

étranger, sans doute porté dans la portion membraneuse du canal de l'urètre par le jet urineux, était trop considérable pour franchir tout le canal; arrêté dans ce point, il avait acquis les dimensions que nous avons indiquées, par le contact des urines, ainsi qu'on l'observe pour les pierres qui occupent le bassinet des uretères.

Glandes de Cowper *rarement malades.*

Je n'ai jamais vu les glandes de *Cowper* qui avoisinent cette portion de l'urètre atteintes de maladies; elles sont sans doute, ainsi que les autres organes, exposées à des altérations; mais elles ont des dimensions si petites, elles échappent d'ailleurs si facilement à nos recherches, qu'elles fixent rarement notre attention.

Morgagni dit en avoir vu une convertie en une substance ligamenteuse (1); le conduit excréteur d'une autre lui a paru oblitéré (2).

Membrane interne de l'Urètre enflammée.

La membrane interne du canal de l'urètre

était très-petite, et parce que le malade n'aura consulté que fort tard sur son état. (*Note du Traducteur.*)

(1) Voyez *Morgagny*, épist. XLIV, art. 3.

(2) *Idem*, épist. XLIV, art. 12.

est souvent frappée d'inflammation, sur-tout à son extrémité antérieure. Cette inflammation gagne quelquefois toute l'étendue du canal. Elle ne diffère point de celle qui atteint les membranes qui tapissent les canaux excréteurs qui ont une ouverture à l'extérieur ; dans ce cas, la membrane qui tapisse ce canal est parcourue par un plus grand nombre de vaisseaux que dans l'état naturel ; la secrétion de ses glandes est augmentée. Cet état inflammatoire, souvent borné à la membrane interne, s'étend quelquefois au corps spongieux, et frappe à-la-fois ses tissus celluleux et glanduleux. Dans ce cas, le corps spongieux doit son développement et sa dureté à la lymphe coagulable extravasée dans ses cellules ; il offre aussi une plus grande quantité de vaisseaux que dans son état naturel. Les glandes augmentées de volume par l'inflammation, ressemblent à des petits tubercules arrondis.

Ulcères de l'Urètre.

En ouvrant le canal de l'urètre, on n'y trouve presque jamais d'ulcères. L'inflammation de ce canal est rarement suivie d'ulcération, ainsi qu'on l'observe dans les autres canaux ; par exemple, la trachée-artère.

Retrécissement.

Le retrécissement est l'affection la plus fréquente du canal de l'urètre. Ce retrécissement résulte de la diminution du diamètre ou de l'oblitération complète de ce canal. Il peut avoir son siège dans tous les points de l'urètre ; mais le plus souvent il est situé près le bulbe du corps spongieux de ce canal. Ce retrécissement consiste quelquefois dans la simple application des parois de ce canal, et forme une obstruction pour ainsi dire linéaire ; d'autrefois ce canal est retréci pendant un assez long trajet. La membrane interne qui tapisse le siège du retrécissement, présente tantôt un aspect naturel, tantôt elle est un peu épaissie ; on a même vu sa surface détruite ou ulcérée. Ces deux derniers phénomènes sont ordinairement produits par les bougies ; quelquefois aussi des fausses routes ont été ouvertes dans le corps spongieux de l'urètre à la suite de tentatives faites pour introduire cet instrument dans la vessie. Souvent le même canal de l'urètre présente plusieurs retrécissemens ; quelquefois enfin le retrécissement placé sur un des côtés du canal le rend crochu (1).

---

(1) On ne saurait trop insister sur les causes du rétré-

Caroncules.

De petites excroissances charnues se développent parfois dans le canal de l'urètre. On leur a donné le nom de caroncules : on les a long-temps regardées comme la cause la plus ordinaire de l'obstruction de ce canal ; mais des autopsies multipliées ont prouvé qu'on les rencontrait très-rarement.

---

cissement du canal de l'urètre. Les plus fréquentes sont des gonorrhées multipliées ou éternisées par la négligence des malades, leur excès dans le régime, ou la disposition particulière du canal de l'urètre. Mais les causes qui déterminent le plus souvent cet accident extrêmement grave, sont les injections. Quelques praticiens ont recours à l'emploi de ces moyens au début même de la maladie, pour la faire avorter (selon leur expression.) Un très-petit nombre de ces mêmes praticiens conseille les injections au milieu de la marche de cette affection, mais aussi le plus grand nombre les emploie pour tâcher de terminer un écoulement urétral qui dure depuis long-temps. La pratique, et sur-tout celle des hôpitaux, nous fait voir chaque jour le triste résultat des injections employées dans des temps déjà très-éloignés. Si le tableau des accidens produits par l'emploi de ce moyen, pouvait être constamment sous les yeux de ceux qui ont recours à un pareil procédé, ils abandonneraient pour toujours cette méthode qui me paraît condamnable sous tous les rapports.

(*Note du Traducteur.*)

Développement des Glandes muqueuses du Canal de l'Urètre.

Souvent une des petites glandes muqueuses du canal de l'urètre enflammée se développe, s'endurcit, et forme une tumeur grosse comme un pois, et quelquefois davantage, qui remplit le canal de l'urètre et diminue son diamètre. Ce phénomène est souvent la suite d'une gonorrhée ; il peut aussi succéder à une inflammation déterminée par l'usage imprudent des bougies, ou par toute autre cause.

Couche de matière terreuse dans l'Urètre.

J'ai vu une couche légère de matière terreuse qui, partant de la vessie, occupait toute l'étendue du canal de l'urètre.

Orifice contre nature du Canal de l'Urètre.

Le canal de l'urètre ne s'ouvre pas toujours à l'extrémité antérieure du gland ; souvent sa terminaison occupe le siège du frein qui n'existe pas dans cette supposition. Cette terminaison se reconnaît à une petite ouverture arrondie, beaucoup plus étroite que celle qui est ordinairement située à l'extrémité du gland. J'ai vu une fois un canal long de deux pouces qui se terminait, d'une part, dans un cul-de-sac ; de

l'autre, à l'extrémité du gland où finit ordinairement l'urètre ; ce canal était indépendant de celui de l'urètre. Les variétés de ces vices de conformation sont très-multipliées. Elles ne doivent point être regardées comme un état pathologique, mais comme une erreur de la nature, accompagnée de peu d'inconvénient (1).

La verge est souvent le siège d'ulcères, de phymosis, de paraphymosis, etc. L'histoire très-connue de ces maladies externes n'entre pas dans le plan de mon Ouvrage ; aussi je n'en parlerai point.

---

(1) Quelquefois l'ouverture externe du canal de l'urètre est placée au centre du scrotum. Chez l'enfant qui vient de naître, cette disposition est accompagnée souvent de la presque nullité de la verge, en sorte qu'il est possible de croire que le sujet est du sexe féminin. Les causes de cette méprise sont une ouverture ovale et entourée de bords plus ou moins rouges ; les deux replis formés par le scrotum, qui, dans ce cas, ressemblent beaucoup aux grandes lèvres ; et enfin, la ténuité extrême de la verge qui peut, jusqu'à un certain point, simuler le clitoris. Cette erreur a été commise, et je connais un enfant né avec ce vice de conformation qui a été baptisé sous le nom d'une fille. Six ou huit mois après sa naissance, cette erreur fut reconnue et rectifiée à l'église et à l'état-civil.

(*Note du Traducteur.*)

Symptômes.

Les symptômes qui accompagnent l'inflammation de la membrane interne de l'urètre sont trop connus, pour qu'il soit nécessaire de les rappeler ici.

Le retrécissement du canal de l'urètre produit une difficulté d'uriner d'autant plus forte, que ce retrécissement est lui-même plus considérable. Tantôt le jet de l'urine est très-petit, tantôt il est bifurqué; quelquefois l'urine s'échappe par saccade ; enfin, elle peut sortir goutte-à-goute. Souvent la secrétion du mucus de l'urètre augmentée, simule une gonorrhée. D'autres symptômes peuvent être le résultat de l'affection des parties voisines du retrécissement ; quelquefois même cette irritation locale produit un désordre général dans toute la constitution, désordre qui présente des variétés dépendantes de l'idiosyncrase des sujets.

L'obstruction du canal de l'urètre, par le développement d'une caroncule, n'offre point des symptômes différens de ceux qui sont produits par un retrécissement ordinaire.

CHAPITRE XVIII.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DES TESTICULES ET DU CORDON DES VAISSEAUX SPERMATIQUES.

Hydrocèle.

L'HYDROCÈLE est une collection de sérosité contenue dans la tunique vaginale du testicule. Cette maladie, très-fréquente, s'observe à tous les âges de la vie : on la rencontre assez souvent chez les enfans en bas âge, et chez ces sortes de sujets elle disparaît ordinairement sans opération chirurgicale. Le sac qui contient la collection séreuse a une forme pyramidale ; il s'élève plus ou moins vers l'anneau inguinal, et cette élévation est proportionnée au volume de la collection, quelquefois même elle parvient jusqu'à l'anneau. L'épaisseur du sac varie beaucoup : souvent cette épaisseur est à-peu-près la même que celle de la tunique vaginale dans l'état de santé. Quand la collection est abondante, l'épaisseur de ce sac est trois ou quatre fois plus considérable, son tissu est quelquefois

disposé en lames ; dans ce cas le testicule fortement comprimé, est réduit à un très-petit volume ; le liquide qui constitue l'hydrocèle est d'une couleur jaune, verte ou brune ; il a les mêmes propriétés que le sérum du sang. Chez les sujets avancés en âge, l'hydrocèle est souvent compliquée de sarcocèle, maladie qui va bientôt nous occuper (1).

Dans presque toutes les hydrocèles, le liquide est contenu dans un seul sac, quelquefois néanmoins il est renfermé dans plusieurs kystes. Je n'ai jamais rencontré cette dernière disposition. Cette variété est sans doute le résultat de plusieurs inflammations successives et partielles de la tunique vaginale, dont les adhérences forment des espèces de kystes.

---

(1) L'hydrocèle proprement dite se complique très-rarement de sarcocèle. On observe, au contraire, que dans cette affection le testicule se ramollit ordinairement ; quelquefois son volume augmente, mais d'une manière presque imperceptible : le plus souvent il s'atrophie. Dans l'une ou l'autre supposition, le testicule n'est pas douloureux. Si donc on trouve souvent l'hydrocèle et le sarcocèle réunis dans la même enveloppe, on peut assurer dans presque tous les cas, que le sarcocèle préexistait, et que l'hydrocèle ne s'est développée que consécutivement. (*Note du Traducteur.*)

Hydatides.

On a trouvé quelquefois des hydatides libres ou adhérentes dans la cavité de la tunique vaginale : je les crois très-rares ; je n'ai jamais eu l'occasion de les examiner avec soin.

Cartilages flottans dans la tunique vaginale du Testicule.

Des petits cartilages flottent quelquefois dans la cavité de la tunique vaginale du testicule, ainsi qu'on l'observe dans les différentes articulations, particulièrement dans l'articulation du genou. Dans ce dernier siège, les cartilages sont plus fréquens que dans le premier. Ces petits corps ont dû être d'abord fixés à la face interne de la tunique vaginale par des points d'insertion qui ont été détruits par le mouvement : ils sont restés flottans dans cette cavité sans produire aucun inconvénient. Je n'ai rencontré qu'une seule fois ce phénomène, qui a été rarement observé.

Adhérences.

La tunique vaginale adhère souvent en totalité ou en partie à la surface du testicule. Les adhérences quelquefois sont légères, d'autres

fois elles sont très-fortes, et unissent plus ou moins intimement cette tunique avec le corps du testicule; elles sont le résultat des inflammations antécédentes de cette tunique; ces adhérences sont de la même nature que celles qui succèdent aux inflammations des cavités thorachiques et abdominales.

Testicule enflammé.

Le corps du testicule est souvent frappé d'inflammation qui, cédant aux moyens chirurgicaux, ne laisse point de traces à examiner sur le cadavre. Cette inflammation présente les mêmes phénomènes que celle des autres organes, phénomènes qui ne méritent point d'obtenir ici de description particulière. L'inflammation du testicule est quelquefois partagée par le canal déférent, dont les membranes s'épaississent; dans quelques cas même, on a vu le cordon des vaisseaux spermatiques devenir variqueux (1). Il n'est pas rare de voir succéder à l'inflammation du testicule l'induration et le développement de l'épididyme, phénomènes qui durent quelquefois toute la vie, et qui sont

---

(1) *Voyez* M. *Hunter*, sur la Maladie vénérienne, page 54.

produits par une matière extravasée pendant l'inflammation, et dont l'absorption n'a pas été complète (1).

Abcès du Testicule.

L'abcès qui termine quelquefois l'inflammation des testicules présente les mêmes phénomènes que ceux des autres organes.

Testicules scrophuleux.

Le testicule est quelquefois converti en une masse scrophuleuse ; dans ce cas, son tissu très-développé présente, quand on l'incise, une substance grumeleuse blanche, ou d'un blanc jaunâtre, mêlée à une certaine proportion de pus.

Testicule augmenté de volume et pulpeux.

Le testicule dont le volume est quelquefois

---

(1) Cette induration du testicule et de l'épididyme n'est que trop souvent produite par l'application des résolutifs plus ou moins actifs pendant un travail inflammatoire. Ces résolutifs ne doivent être employés que quand la douleur est presque nulle. Il est sur-tout essentiel, dans cette circonstance, de graduer leur action d'une manière progressive. (*Note du Traducteur.*)

très-augmenté, peut se convertir en une substance pulpeuse et uniforme, dans laquelle on ne retrouve plus de trace de son organisation primitive. Cette métamorphose a été prise quelquefois pour un squirrhe, mais elle diffère essentiellement de l'état squirrheux qu'on rencontre dans tous les organes, et dans le testicule lui-même (1).

Squirrhe et Cancer du Testicule.

Le testicule augmenté de volume, présente souvent aussi une masse dure parsemée d'intersections membraneuses (2), il ne reste plus

---

(1) Cette substance pulpeuse paraît être de la même nature que le fongus variqueux du testicule dont le jeune M. *Jacques Wardrop*, chirurgien distingué, a donné dernièrement une si bonne description. *Voyez* son Traité sur le fongus variqueux, page 125.

(2) Quelquefois le testicule volumineux, dur et hérissé de nodosités qui pourraient faire croire à sa désorganisation, conserve encore un degré de vie sur lequel il était difficile de compter. Un malade, en ce moment dans les salles de la Maison de santé, avait les deux testicules plus volumineux que le poing; ils offraient au toucher une dureté excessive et un grand nombre de points saillans à leur surface. Chacun de ces testicules était plongé dans une collection de sérosité peu considérable. Ce sujet, âgé de quarante ans, portait à la partie moyenne de la

de vestige de son organisation naturelle ; on y trouve souvent des cellules qui contiennent un liquide sanieux, et quelquefois des portions de cartilages ; tel est le squirrhe du testicule, et les progrès de cette affection finissent par atteindre l'épididyme et le cordon des vaisseaux spermatiques qui néanmoins peuvent conserver leur état d'intégrité. A cet état squirrheux vient se joindre souvent un ulcère de mauvaise nature, présentant des bords durs ou des excroissances fongueuses, phénomènes qui constituent le cancer du testicule.

Testicule cartilagineux.

J'ai vu le testicule très-développé et converti

---

clavicule gauche, une exostose grosse comme une amande; des pustules occupaient l'épaule du même côté. Ces divers phénomènes ne laissaient aucun doute sur le caractère de l'affection générale de ce malade. Un traitement anti-vénérien administré méthodiquement, et observé avec la plus grande exactitude, fit disparaître les symptômes syphilitiques que j'ai indiqués, et avec eux la sérosité contenue dans chacune des tuniques vaginales ; il produisit aussi la diminution des deux testicules à un point tel, qu'ils conservent à peine aujourd'hui leur volume naturel. Ils sont toujours durs et comme anguleux.

(*Note du Traducteur.*)

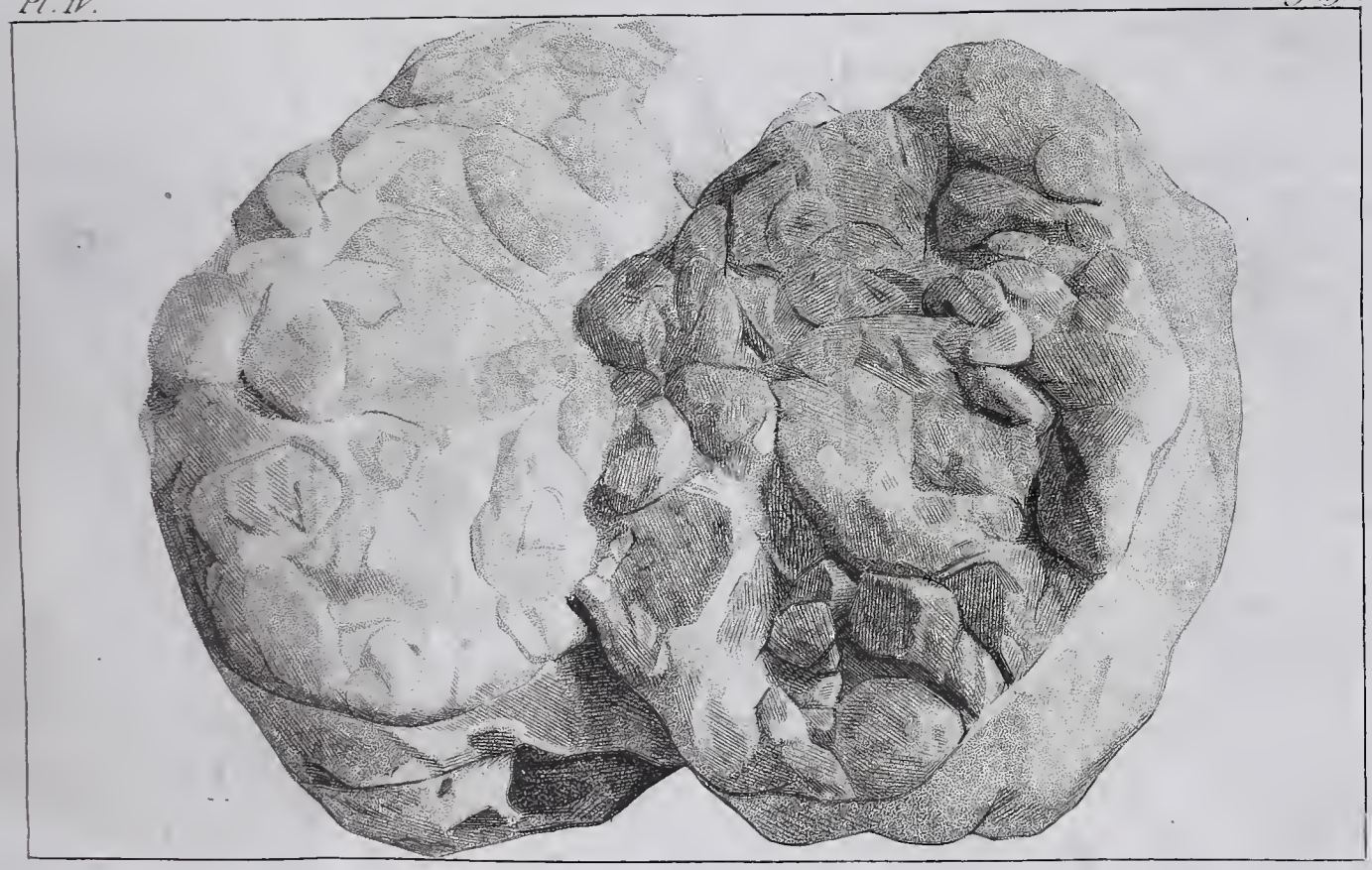
en une masse cartilagineuse ; un ulcère occupait le centre de cette masse, et dans plusieurs points, on apercevait des espèces de kystes ou cellules. Ce tissu cartilagineux ne différait en rien du cartilage ordinaire : seulement il était un peu plus mou. On doit considérer ce phénomène comme la suite de cet état pathologique, qui produit le squirrhe dont je viens de parler ; car souvent on trouve dans le même testicule des lames cartilagineuses unies à la dégénérescence squirrheuse.

Testicule ossifié.

Le testicule s'ossifie quelquefois. J'ai rencontré rarement cet état pathologique, dans lequel l'ossification s'était bornée à quelques points de la surface de cet organe (1).

---

(1) *Voyez* la planche 4. Cette planche représente un *ostéo-sarcocèle* pesant dix-huit onces. Les deux testicules du même sujet étaient ossifiés dans leur centre. Ce jeune homme, âgé de dix-sept ans, ayant quatre pieds sept pouces, le visage large, la barbe forte et noire, avait eu depuis sa plus tendre enfance un développement excessif des organes extérieurs de la génération : à sept ans il offrait tous les signes de la puberté la plus avancée. Ce développement était parvenu à un point tel, que le D... ne pouvait marcher que d'une manière pénible. Il supportait



Ostéo Sarcocèle, conservé dans l'alcohol.

Kyste adhérent à un Testicule qui contenait un vena medinensis (1).

J'ai vu un testicule auquel adhérait un petit

---

difficilement, à l'aide d'un suspensoir, le poids de son énorme tumeur qui contenait aussi une certaine quantité de sérosité. Le D... à l'âge de dix-sept ans paraissait en avoir quarante. Il lui était impossible de se livrer à aucune espèce d'exercice, et, par conséquent, d'aider son père dans l'exploitation de sa ferme. Désespéré de se voir condamné de si bonne heure à une nullité absolue, il desira vivement être délivré d'une infirmité aussi fâcheuse. Ce desir le conduisit à la Maison de santé, où il entra le 17 avril 1812. Le 28 du même mois, tout fut préparé pour l'opération. M. *Dubois*, chirurgien en chef de ladite maison, se décida à pratiquer de suite la double extirpation. Les deux testicules furent enlevés l'un après l'autre. Quoique l'artère spermatique gauche fût aussi développée qu'une plume de corbeau, il n'y eut point ou presque point d'hémorragie primitive. La ligature appliquée immédiatement, prévint aussi toute hémorragie consécutive.

Nommer le chirurgien en chef de la Maison de santé, c'est dire la précision et la dextérité avec lesquelles ces deux opérations furent pratiquées. Les cordons des vaisseaux spermatiques étaient tous les deux très-sains, quoique d'un volume considérable. Le pansement fait selon la méthode ordinaire, le malade fut reporté dans son lit, et mis au régime des maladies aiguës. Une inflammation con-

(1) Ver de Médine. (*Cuvier.*)

kyste contenant un ver appelé *vena medinensis*. Ce ver est très-long, sa surface est polie et uniforme, son extrémité postérieure se termine comme une espèce de crochet; à son extrémité

---

sidérable détermina une suppuration abondante qui, dès le vingtième jour de l'opération, commença à diminuer, et l'on vit la cicatrice s'établir de jour en jour. Le 2 juin, c'est-à-dire, trente-quatre jours après avoir été opéré, le D... sortit guéri et très-heureux de se trouver délivré de son fardeau.

Un an après sa sortie de la Maison de santé, j'ai rencontré le D... sur le boulevard Saint-Martin : quelle fut ma surprise, quand j'aperçus son menton imberbe, et quand j'entendis sa voix efféminée! Il paraissait commencer l'adolescence qu'il n'avait jamais connue. Il pouvait d'ailleurs vaquer aux exercices les plus fatigans, soit à pied, soit à cheval, et il se félicitait tous les jours de la détermination qu'il avait prise, et du succès de l'opération qu'il avait eu le courage de supporter.

Les deux testicules incisés dans toute leur épaisseur, après l'opération, ont présenté dans leur centre un grand nombre de points osseux de différentes dimensions. On peut les apercevoir sur la gravure de la planche 4, ainsi que sur celle de la planche 5. De ces deux *ostéo-sarcocèles*, l'un pesait dix-huit onces et l'autre dix-sept. Le professeur *Dubois* a offert le premier à la Faculté de Médecine. Je conserve le second pour voir jusqu'à quel point la dessication lui fera perdre de son volume.

(*Note du Traducteur.*)

antérieure on aperçoit une ouverture arrondie, qu'on regarde comme sa bouche. Il est probable que le sujet qui nous a offert cette particularité avait parcouru les pays dans lesquels on trouve le *vena medinensis*, et qu'il l'avait apporté de ces contrées.

L'Epididyme se terminant en cul-de-sac.

J'ai quelquefois vu l'épididyme se terminer dans une espèce de cul-de-sac, au lieu de se terminer au canal déférent. Ce vice de conformation s'oppose à l'issue de la liqueur séminale par le canal de l'urètre, et doit détruire la faculté de procréer.

Le docteur *Hunter* conserve une pièce qui représente ce vice de conformation, qu'il a fait graver dans son ouvrage sur l'économie animale (1).

Rétrécissement du canal déférent.

J'ai vu une portion du canal déférent oblitérée par un rétrécissement. Ce phénomène avait été produit par un travail pathologique, probablement semblable à celui qui détermine le rétrécissement du canal de l'urètre. Il a dû empêcher

---

(1) *Voyez* page 43, planche V.

que le sperme préparé par l'un des testicules n'arrivât dans la cavité de la prostate.

Testicules très-petits ou détruits.

Les testicules sont souvent extrêmement petits. J'ai vu un sujet d'un âge mûr chez lequel ces deux organes étaient aussi petits que l'extrémité du doigt d'un adulte ; je jugeai par les signes commémoratifs que cet état appartenait à un vice de conformation : ce sujet n'avait jamais éprouvé de desirs amoureux. Le plus ordinairement, le testicule s'atrophie spontanément ou à la suite d'un travail inflammatoire, ou à la suite d'une compression ; il disparaît même quelquefois entièrement (1). Quand l'un des testicules est conservé, la faculté de procréer existe encore, mais elle cesse à l'instant où ces deux organes sont annihilés.

Quelquefois un testicule, et même tous les deux restent dans la cavité de l'abdomen, ensorte que les sujets paraissent privés de ces organes. Je crois que les testicules qui séjournent dans la cavité de l'abdomen sont plus petits, et M. *Hunter* pense qu'ils sont moins parfaits que

---

(1) Voyez *Hunter*, sur les Maladies vénériennes, page 209.

ceux qui descendent dans le scrotum (1) (2).

Phénomènes pathologiques du Cordon des vaisseaux spermatiques.

Le cordon des vaisseaux spermatiques est aussi exposé à plusieurs affections; une des plus fréquentes est l'affection squirrheuse, qui, je pense, n'a jamais été bornée au cordon, mais a toujours commencé par frapper le testicule. Quand cet organe commence à présenter l'état squirrheux, le cordon est très-sain; mais lorsque cette affection existe depuis long-temps, et qu'elle ne reste pas stationnaire, le cordon est atteint

---

(1) *Voyez* Observat. de M. *Hunter*, sur certains organes de l'économie animale, page 18.

(2) Assez souvent un testicule est arrêté à l'anneau inguinal; quelquefois tous les deux se trouvent fixés dans le voisinage de cette ouverture ovalaire qu'ils traversent en partie. On reconnaît aisément la nature de cette tumeur, sur-tout à l'âge de la puberté, époque à laquelle ces organes prennent dans ce cas un développement qui est presque toujours douloureux.

Cette tumeur serait facilement prise pour une hernie, si en touchant le corps ovoïde que présente le testicule, on n'avait pas l'attention d'examiner le scrotum : cet examen constate l'absence du testicule du côté de la tumeur, et trace au chirurgien la conduite qu'il doit tenir dans une pareille circonstance. (*Note du Traducteur.*)

consécutivement. Dans ce cas, il est converti en une masse dure, qui présente le même aspect que le tissu dégénéré du testicule. Dans la dernière période de cet état pathologique, la maladie s'étend jusqu'aux lombes et aux glandes absorbantes répandues dans cette région.

Varices des Veines du Cordon des vaisseaux spermatiques.

Les veines du cordon des vaisseaux spermatiques présentent souvent une augmentation de diamètre. Ces veines sont nombreuses, et contiennent une colonne de sang qui, par son poids, s'oppose quelquefois au retour de ce liquide vers les parties supérieures : obstacles qui déterminent le développement des veines. Cet accroissement est proportionné à la persévérance de l'obstacle : le diamètre considérable de ces veines constitue leur état variqueux. Le cordon présente alors une masse inégale, molle au toucher, et diminuant de volume sous une pression prolongée. Dans cette circonstance, le testicule est quelquefois atrophié (1).

---

(1) Le développement des veines du cordon des vaisseaux spermatiques, en déterminant l'affection connue sous le nom de varicocèle, offre peu d'inconvénient pour

Sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire du cordon des vaisseaux spermatiques.

On a trouvé souvent de la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire qui sert de gaîne au cordon des vaisseaux spermatiques. Ce tissu cellulaire, très-abondant, permettant l'infiltration de la sérosité, présente quelquefois une tumeur volumineuse qui suit le trajet du cordon, et qui peut diminuer par la pression. La diminution que la compression produit dans la tumeur, dépend non-seulement de ce que la sérosité est

---

le sujet chez lequel on observe ce phénomène. Si pourtant la tumeur était très-volumineuse, elle occasionnerait par son poids des douleurs qui s'élèveraient jusqu'à la région lombaire. Dans ce cas sur-tout il faut que le malade porte constamment un suspensoir, excepté quand il est au lit.

On remarque que chez un grand nombre de sujets atteints de varicocèles, le scrotum fournit une transpiration plus abondante que dans l'état de santé parfaite. On a même observé que cette transpiration présentait dans quelques cas des particularités assez remarquables. Je connais en ce moment un homme de quarante ans dont les suspensoirs employés à soutenir son varicocèle sont souvent, et sur-tout en été, teints en bleu ; cette couleur est d'autant plus foncée, que le suspensoir est porté plus long-temps. (*Note du Traducteur.*)

refoulée dans le tissu cellulaire du cordon logé derrière l'anneau inguinal; mais de ce qu'elle est aussi repoussée dans le tissu cellulaire sous-cutané, qui occupe la région inférieure de l'abdomen; on a trouvé quelquefois dans ces cellules plusieurs pintes de liquide. Je n'ai jamais rencontré de tumeur de cette nature, aussi je n'ai pu analyser le liquide dont nous parlons; je suis disposé à croire qu'il est de la même nature que celui que l'on trouve ordinairement dans l'anasarque.

Sérosité contenue dans un sac formé dans le développement du Cordon des vaisseaux spermatiques.

On a vu dans le développement du cordon des vaisseaux spermatiques un sac formé par une membrane blanche, ferme, et qui contenait un liquide probablement de nature séreuse. Ces deux cas ont été décrits avec détails par M. *Pott*, dans son Traité sur l'hydrocèle (1).

---

(1) Pour le premier cas, Voy. *Pott*, sur l'hydrocèle, page 39.

Pour le second cas, Voy. *idem*, page 57.

Symptômes.

L'hydrocèle, chez le vivant, se reconnaît à la forme de la tumeur qui est légèrement pyramidale, à la résistance qu'elle oppose à la compression, à l'absence de la douleur et à l'état de bonne santé dont jouit le sujet soumis à notre examen. Quand la tunique vaginale est mince, et qu'on place la tumeur entre l'œil et une chandelle allumée, cette tumeur offre de la transparence. Quand la tunique vaginale est épaisse, la transparence n'existe pas; la tumeur, dure au toucher, est peu susceptible d'être comprimée; elle n'a pourtant jamais la dureté du testicule squirrheux, ni les principaux traits caractéristiques qui appartiennent à ce dernier état pathologique (1).

Le développement des hydatides dans la tunique vaginale du testicule, présente des symptômes analogues à ceux de l'hydrocèle; mais

---

(1) Outre les principaux traits caractéristiques qui peuvent facilement faire distinguer l'hydrocèle du sarcocèle, on doit placer, pour ainsi dire, en première ligne, la légèreté de la tumeur. En effet, à volume égal, le sarcocèle est beaucoup plus pesant; il suffit de le soulever pour le reconnaître. (*Note du Traducteur.*)

on ne peut le reconnaître que quand on a ouvert le sac qui les contient.

L'inflammation du testicule se distingue très-facilement de l'état squirrheux de cet organe, par les signes commémoratifs et par la simple inspection de la tumeur. L'inflammation marche rapidement, la peau du scrotum devient rouge; le squirrhe, au contraire, suit une marche lente; le scrotum conserve sa couleur naturelle, à moins qu'il ne partage cette maladie. La surface du testicule enflammé est lisse et uniforme; elle est souvent irrégulière dans le squirrhe de cet organe.

L'état scrophuleux ou pulpeux du testicule se distingue de son état squirrheux par sa grande mollesse, par le peu de douleur ressentie dans son développement, et par l'absence des symptômes caractéristiques du squirrhe, symptômes que nous allons indiquer.

On reconnaît le testicule squirrheux à une dureté considérable, à une douleur testiculaire qui suit le cordon des vaisseaux spermatiques jusqu'aux lombes. Les progrès de cette affection sont ordinairement très-lents; le cordon des vaisseaux spermatiques finit par être atteint et la santé est très-altérée. Quand des fongus, ou des ulcères de mauvaise nature, viennent se joindre aux symptômes déjà décrits, on doit les

Ostéo Sarcocèle desséché ?

regarder comme autant de caractères extérieurs de cette cruelle maladie.

La tumeur enkystée du cordon des vaisseaux spermatiques qui contient de la sérosité, a de l'analogie avec l'hydrocèle. On peut pourtant distinguer cette dernière affection de la précédente, parce que le testicule, très-facile à reconnaître, est placé au-dessous de la tumeur; ce qui n'existe jamais dans l'hydrocèle.

CHAPITRE XIX.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DES ORGANES DE LA GÉNÉRATION DE LA FEMME.

Inflammation de l'Utérus.

Quand l'inflammation de l'utérus se développe, c'est presque toujours immédiatement après l'accouchement. Cette inflammation, bornée quelquefois à la matrice et à ses dépendances, gagne souvent le péritoine qui l'avoisine, et même toute l'étendue de cette membrane. Les symptômes de l'inflammation du corps ou du fond de l'utérus, sont les mêmes

que ceux qu'on observe dans les autres organes enflammés. Cette inflammation s'étend très-souvent aux dépendances de l'utérus, et particulièrement aux trompes de *Fallope* et aux ovaires. Elle se termine fréquemment par une suppuration qui se trouve contenue dans les vaisseaux utérins (1). Le péritoine participant à cette inflammation, présente les mêmes phénomènes que ceux que nous avons décrits, quand nous avons parlé de l'inflammation de cette membrane ; mais le liquide épanché, et la lymphe coagulable remplissent plus ou moins la cavité abdominale, et sont toujours en proportion du degré de l'inflammation (2) (3).

---

(1) *Voyez* Essais du docteur *Clarke*, pag. 69 et 70.

(2) Le docteur *Clarke*, qui a examiné un grand nombre de cadavres de femmes mortes de l'inflammation du péritoine après l'accouchement, a observé particulièrement ces phénomènes. *Voy.* Essais du docteur *Clarke*, p. 136.

(3) L'inflammation de la matrice, *métrite*, est aussi déterminée quelquefois par des injections dites *astringentes*, employées, soit pour supprimer une gonorrhée opiniâtre, soit pour diminuer l'abondance de cette sécrétion connue vulgairement sous le nom de *fleurs blanches*. Rien de plus dangereux que cette méthode toujours perturbatrice et souvent funeste. Est-il un praticien qui n'ait pas eu à en déplorer les tristes conséquences ?

(*Note du Traducteur.*)

Ulcère malin de l'Utérus.

L'utérus est assez souvent le siège d'un ulcère malin, qu'on rencontre plutôt chez les femmes d'un âge moyen ou très-avancé; on l'observe néanmoins quelquefois chez les jeunes femmes. Cet ulcère commence souvent par le col de l'utérus, qui est alors un peu plus dur et plus développé que de coutume. Son volume ne devient pas cependant très-considérable. Cet ulcère s'étend du col au fond de cet organe; il n'est pas rare de voir la plus grande partie de ce fond détruit, et le reste converti en une masse ulcérée à bords très-inégaux. L'ulcération n'est pas toujours bornée aux parois de l'utérus: souvent elle gagne les organes voisins, tels que le vagin, la vessie et le rectum; elle établit des communications entre ces organes, et constitue ainsi un cloaque horrible (1). On regarde généralement cette mala-

(1) Rien de plus fréquent dans Paris que l'affection redoutable connue sous le nom de cancer ou d'ulcère de la matrice. Elle paraît sur-tout atteindre les femmes accoutumées à une honnête aisance, et plus encore celles qui vivent dans l'opulence. Cette maladie, qui prend quelquefois sa source dans les peines profondes et dans les cha-

die comme le cancer de l'utérus ; mais elle paraît différer un peu de l'affection cancéreuse des autres organes (1).

Développement squirrheux de l'Utérus.

Quelquefois l'utérus devient volumineux et plus dur que dans son état naturel. Ce changement a une grande analogie avec le squirrhe des autres organes ; il occupe ordinairement

---

grins prolongés, doit être très-souvent attribuée au *costume grec* auquel les femmes semblent s'être condamnées depuis plus de quinze ans. En effet, comment avec un vêtement aussi léger, pourraient-elles n'être pas victimes de l'influence toujours si puissante des variations atmosphériques? Le systême cutané, la plupart du temps, se trouve dans l'impossibilité absolue de remplir les fonctions salutaires auquel il est destiné. Le vagin devient, par cela même, le siège d'une habitude fluxionnaire qui finit par produire, en dernière analyse, l'engorgement squirrheux du col et du corps de la matrice et consécutivement l'état cancéreux de cet organe. (*Note du Traducteur.*)

(1) J'avais confondu jadis ce changement pathologique avec le développement squirrheux de l'utérus, et le considérant comme une variété de la même maladie, j'avais réuni leur description ; mais d'après les observations judicieuses du docteur *Adams*, dans son Essai sur les poisons morbifiques, j'ai jugé à propos de décrire ces deux états séparément.

toute l'étendue de l'utérus ; il est difficile d'indiquer les dimensions auxquelles la matrice peut parvenir. Je l'ai vue une fois aussi volumineuse que chez une femme au sixième mois de sa grossesse. En incisant transversalement l'utérus parvenu à ce degré de développement, on trouve une substance dure, parsemée d'intersections membraneuses assez épaisses. On aperçoit quelquefois à sa face interne une ulcération qui souvent n'existe pas.

Des tubercules se développent par fois dans cet état pathologique de la matrice ; ils sont plongés dans son tissu, et offrent la même structure que cet organe.

Tubercules de l'Utérus.

Des tubercules durs se développent souvent dans l'utérus ; ils peuvent être confondus avec le parenchyme utérin, ou s'élever au-dessus de ce parenchyme. Leur volume varie à l'infini : tantôt gros comme une noisette, ils sont quelquefois aussi gros que le poing ; leur forme n'est pas régulière ; assez souvent elle est arrondie, plus souvent encore elle offre des nodosités. Quand on les incise, on trouve une substance blanche, parsemée d'intersections membraneuses très-fortes et très-épaisses ; ils sont rarement le siége d'ulcérations ; l'utérus,

dans cet état pathologique, conserve ordinairement ses dimensions et sa structure naturelles; souvent son volume est très-augmenté. Une masse de la même espèce occupe quelquefois la cavité de l'utérus; souvent cette masse devient très-volumineuse; j'en ai vu une qui était plus grosse que la tête d'un enfant, au moment de la naissance. En l'incisant, on retrouvait les particularités que je viens de décrire. Il est bon de remarquer que ces masses n'adhèrent pas ordinairement d'une manière intime à un des points de la cavité. Elles sont légèrement unies à cette cavité par du tissu cellulaire et des petits vaisseaux; en sorte qu'on pourrait facilement les enlever sans altérer le tissu de la matrice. L'utérus suit le développement de cette masse; mais il paraît conserver son organisation naturelle.

Polype.

Le polype est une des affections les plus fréquentes de l'utérus; il peut se manifester presqu'à toutes les époques de la vie. Il est néanmoins plus fréquemment observé chez les femmes d'un âge moyen ou avancé; il est très-rare chez les jeunes filles. La tumeur connue sous le nom de polype, est une masse charnue implantée sur un des points de la cavité de l'uté-

rus, au moyen d'une espèce de col ou retrécissement. Il en existe de différentes espèces ; la plus commune est dure, et présente une substance divisée par des cloisons membraneuses. Quand on l'incise, on y retrouve la structure des tubercules de l'utérus que je viens de décrire ; en sorte que si ces deux substances étaient examinées loin de l'organe qui en était le siège, il serait impossible de les distinguer l'une de l'autre. Cette espèce de polype peut offrir des dimensions bien différentes ; tantôt il est gros comme une noix, tantôt il est aussi volumineux que la tête d'un enfant. Il adhère à la matrice par une espèce de col qui varie beaucoup, et dans ses dimensions, et dans ses proportions avec le corps du polype. Le polype le plus volumineux que j'aie vu, était attaché à un col qui était à peine gros comme le pouce, tandis qu'un polype gros comme le poing était supporté par un col aussi gros que le poignet.

Les points d'insertion du polype varient aussi beaucoup ; le plus souvent ces tumeurs occupent le fond de l'utérus ; elles peuvent néanmoins s'implanter dans toute l'étendue de la cavité utérine. J'en ai vu un petit qui avait son siège sur la surface interne du museau de tanche. Le polype volumineux est ordinairement unique. J'en ai vu deux ou trois petits contenus

dans la matrice, et dans quelques cas, on a vu se développer dans cet organe plusieurs polypes successivement.

Une autre espèce de polype qu'on trouve dans l'utérus, est une masse vasculaire irrégulière, présentant des végétations nombreuses et comme déchirées. Quand on l'incise, il offre deux espèces de tissu. La première espèce consiste dans une masse spongieuse composée de lames et de petites cavités. L'autre espèce présente un tissu très-lâche partagé en cavités larges et irrégulières. L'utérus se développe ordinairement à mesure que le polype augmente de volume. Le même phénomène s'observe dans le vagin, quand le polype échappé de la cavité de l'utérus se porte dans ce canal.

Renversement de l'Utérus.

Le renversement de l'utérus peut être produit particulièrement par deux causes ; savoir : par le poids d'un polype, et par les efforts violens établis pour extraire le placenta. Quand le renversement est incomplet, le fond de l'utérus forme une tumeur dans sa cavité. La partie supérieure de cet organe, qui était occupée par son fond, présente un sillon ; les trompes de *Fallope*, les ligamens ronds et les ligamens des ovaires sont entraînés dans les bords de ce sil-

lon. L'utérus peut, sur-tout après l'accouchement, éprouver un renversement complet; dans ce cas, sa face interne et son fond présentent une tumeur considérable dans le vagin, tumeur qui quelquefois s'aperçoit hors des grandes lèvres.

Chûte de l'Utérus.

L'utérus abandonnant quelquefois sa situation naturelle, se précipite et se présente dans les parties externes de la génération, ou sort tout-à-fait au dehors. Cet accident se manifeste sur-tout chez les femmes dont le bassin est large, et particulièrement quand les parties molles ont été relâchées par plusieurs accouchemens laborieux. Cette maladie a reçu le nom de *prolapsus;* j'en parlerai avec plus de détails quand il sera question des maladies du vagin. Le *prolapsus* de la matrice est beaucoup plus fréquent que son renversement.

Resserrement de la Cavité utérine.

Un resserrement de la cavité utérine détermine quelquefois l'oblitération d'une portion de cette cavité. Je pense que ce resserrement occupe presque toujours le point ou la cavité du fond de la matrice se termine, et celui où le col

de cet organe commence ; car c'est la région la plus étroite de la cavité utérine. Les parois de cette cavité se rapprochent vers ce point d'une manière remarquable, et forment, dans l'état naturel, une petite ouverture ; il est probable qu'une légère inflammation peut réunir ces parois et fermer cette ouverture ; ou bien ces parties peuvent se rapprocher progressivement comme dans les retrécissemens du canal de l'urètre.

Col de l'Utérus contracté et fermé.

Le col de l'utérus a quelquefois présenté un état de contraction tel, que son ouverture était en grande partie oblitérée (1) ; quelquefois même cette ouverture a été entièrement fermée par un repli membraniforme (2).

Utérus ossifié.

Le tissu de la matrice est quelquefois plus ou moins ossifié. Ce phénomène dépend d'une action morbifique particulière des vaisseaux sanguins, qui séparent du sang une matière osseuse. Cette maladie est très-rare.

---

(1) Voyez *Morgagni*, épit. LXVII, art. 11.
(2) *Idem*, épit. XLVI, art. 17.

Utérus converti en une substance terreuse.

L'utérus est quelquefois converti en une substance terreuse (1), qui probablement est de la même nature que celle qui entre dans l'organisation des os. Cet état pathologique diffère sans doute du premier, par une plus petite portion de la gélatine qui réunit les principes terreux.

Masse osseuse dans la Cavité utérine.

La cavité utérine contient quelquefois une masse osseuse qui, dans ce cas, me paraît être une ossification de ces tubercules dont nous avons parlé. C'est du moins ce que j'ai observé une fois; le tubercule avait conservé une grande partie de sa texture, et je pense que ces ossifications des tubercules constituent les tumeurs osseuses qu'on rencontre dans la cavité utérine.

Pierres dans la Cavité de l'Utérus.

On a vu quelquefois des pierres (2) dans la cavité de l'utérus; les auteurs ont remarqué

---

(1) Voyez *Lieutaud*, tome I, page 323.

(2) *Idem*, tome I, page 339.

que ces corps présentaient des variétés; les uns ont une couleur noire, les autres sont d'un jaune-clair. Les mêmes auteurs se taisent sur la nature de ces pierres : je n'en puis rien dire non plus, car je n'en ai jamais rencontré. Ces concrétions sont dues sans doute à une matière séparée par les petites artères qui s'ouvrent sur la face interne de l'utérus, et offrent une grande analogie avec les concrétions qui se développent dans quelques glandes.

Fœtus mort dans la Cavité de l'Utérus converti en une masse terreuse.

Un fœtus mort resté long-temps dans la cavité de l'utérus, a été progressivement converti en une masse terreuse qui conservait les formes d'un enfant (1).

Hydropisie de la Matrice.

On a quelquefois trouvé une collection considérable de sérosité dans la cavité de la matrice (2). Elle s'est élevée chez certains sujets à quarante, soixante et même cent pintes. Cette sérosité a quelquefois une couleur sanguino-

---

(1) Voyez *Cheselden*, Anatomie des os, planche LVI.
(2) Voyez *Lieutaud*, tome I, page 319 et page 333.

lente ; d'autrefois sa couleur est jaune. Je ne puis rien dire ici de la nature de ce liquide, parce que je n'ai jamais rencontré cette maladie. Il est probable néanmoins qu'il a les mêmes propriétés que le sérum du sang, et qu'il est séparé par les petites ramifications artérielles qni se distribuent à l'utérus. L'accumulation de la sérosité dans la cavité de l'utérus, suppose le resserrement du col de cet organe ; car sans ce resserrement la sérosité s'échapperait par le vagin à mesure qu'elle se formerait. Je suis pourtant disposé à croire que les hydropisies utérines dont on a parlé n'étaient qu'une ou plusieurs hydatides volumineuses développées dans la cavité de l'utérus (1).

Hydatides de l'Utérus.

Des masses considérables d'hydatides ont aussi été trouvées dans l'utérus (2) ; n'ayant jamais eu l'occasion d'en rencontrer, il m'est impossible de dire si ces hydatides sont de la même espèce que celles qu'on voit dans le pla-

---

(1) Le docteur *Denman* a observé une fois que la sérosité était contenue dans une hydatide volumineuse de la matrice.

(2) Voyez *Lieutaud*, tome I, page 335.

centa, ou si elles ressemblent à toutes celles qui se développent dans les différentes régions de l'économie animale. Les hydatides du placenta diffèrent beaucoup de celles du foie, des reins et des autres organes. Elles se composent de vésicules de forme ronde ou ovale sur lesquelles on remarque des petites tiges qui les fixent les unes aux autres. Elles ont quelquefois le volume d'une noix, d'autrefois elles ne sont pas plus grosses que des têtes d'épingles. Un grand nombre de petites hydatides est souvent attaché à une plus volumineuse par des pédicules étroits. On ne connoît point particulièrement leur organisation; il est probable que ce sont des animalcules d'une structure simple : le même quadrupède offre souvent des hydatides qui diffèrent beaucoup entre elles. Il est probable que les mêmes variétés existent chez l'homme. Je crois que les hydatides qu'on a trouvées dans l'utérus ne sont que des hydatides du placenta, qui sont restées dans la cavité utérine.

Rupture de l'Utérus.

Tels sont les différens phénomènes pathologiques qu'on a observés dans l'utérus. Je dois dire de plus que quelquefois la matrice se rompt, phénomène qu'on doit plutôt regarder comme

un accident que comme une maladie. Cette rupture n'a pu être produite que dans le cas de grossesse, et au moment du travail de l'enfantement; elle peut être provoquée par les contractions énergiques déterminées par la matrice pour l'expulsion de l'enfant, ou par la main de l'accoucheur, introduite dans la cavité utérine (1). Les déchiremens que j'y ai vus étaient très-étendus, ils occupaient un des côtés de l'utérus; quelquefois le péritoine qui recouvre la matrice reste intact, et une collection de sang noir est interposée entre cette membrane et l'utérus déchiré. Ce sang noir a pu en imposer et faire croire à un état de gangrène.

Deux Utérus.

Quelquefois deux utérus existent chez la

---

(1) Il paraît toujours difficile d'assigner une cause raisonnable à la rupture de la matrice. Sans doute l'affaiblissement de ses parois dans une de ses régions doit être accusé le plus souvent d'avoir favorisé cet accident. Mais quelle est la cause qui a préparé cet affaiblissement? C'est une question qui me semble loin d'être décidée. Toutefois je suis convaincu que dans aucun cas la main de l'accoucheur introduite dans la cavité de la matrice, n'a pu déterminer la rupture de cet organe.

(*Note du Traducteur.*)

même femme. Dans ce cas, chacun de ces deux organes n'a qu'un ovaire et une trompe de *Fallope*. Le vagin est séparé par une cloison, de manière que chaque matrice a son canal vaginal. Dans le cas décrit dans les Transactions philosophiques (1), on aperçoit une communication pratiquée à travers la cloison. Il m'est impossible de déterminer jusqu'à quel point cette particularité peut exister dans ce vice de conformation.

Variétés naturelles de l'Utérus.

Le volume de l'utérus varie beaucoup chez les différens sujets. Chez certaines femmes ses dimensions sont deux fois plus considérables que chez d'autres; l'épaisseur de ses parois varie aussi. On remarque par fois des différences dans sa situation, qui se rapproche plus d'un côté que de l'autre du bassin. Ces variétés, plus ou moins fréquentes, ne peuvent pas être considérées comme des maladies.

Symptômes.

L'inflammation de l'utérus se reconnaît à une

---

(1) *Voyez* Transact. Philosophiques, vol. LXIV, page 474.

douleur et à une tension de la région hypogastrique. Cette douleur augmente par la pression de cette région, et quand on touche le col de la matrice ; à ces symptômes se joignent les vomissemens, la constipation, et quelquefois la diarrhée ; toute la constitution est affectée ; la fièvre s'établit, et le pouls est ordinairement très-fréquent. Quand le péritoine est enflammé dans toute la cavité abdominale, ou dans une grande portion de son étendue, la sensibilité et la douleur, quand on comprime la région hypogastrique, sont excessives ; le ventre est généralement tuméfié, et les symptômes fébriles sont augmentés.

L'ulcère malin de l'utérus est accompagné d'une douleur souvent très-violente de la région hypogastrique ; cette douleur s'étend aux hanches et aux cuisses ; le vagin livre passage à des matières muqueuses, purulentes et sanguinolentes ; quelquefois le sang s'écoule en très-grande quantité. Au début de cette horrible maladie, le pouls est naturel, la santé est peu altérée ; mais quand elle a fait des progrès, le pouls est fréquent, la face pâle (1) et le corps très-maigre.

---

(1) La femme qui porte depuis long-temps un polype utérin, est souvent exposée à des pertes abondantes et

Dans la dernière période de l'ulcère malin de l'utérus, on voit quelquefois des communications établies entre le vagin et la vessie urinaire, ensorte que l'urine s'échappe par le vagin : souvent, à cette époque, les glandes de l'aine s'affectent, elles deviennent dures et volumineuses.

L'engorgement squirrheux de la matrice ne se reconnaît guères que quand déjà il a fait quelques progrès ; quelquefois la malade ressent des douleurs dans la région hypogastrique et le long des hanches, mais ces symptômes peuvent dépendre de plusieurs autres causes. Néanmoins, quand cette affection a fait des progrès, on peut les reconnaître en examinant le vagin. Le museau de tanche est développé et dur ; le doigt distingue un état de dureté et de pesanteur qui dépend du développement de l'utérus ; on re-

---

rapprochées. Le sang qui s'échappe dans ces circonstances est tantôt d'un rouge brun, tantôt d'un rouge pâle. Ces pertes détruisent de mois en mois, on peut dire même de jour en jour, les forces de la malade, dont toutes les fonctions languissent ; son visage est blême, ses yeux sont caves, ses lèvres décolorées ; en un mot, le *facies* alors annonce, d'une manière évidente, un affaissement général ; mais on ne trouve pas dans ce même *facies* cette teinte livide et plombée qui accompagne toujours l'ulcère de l'utérus quand cet ulcère a déja fait des progrès.

(*Note du Traducteur.*)

marque quelquefois une tumeur au-dessus du pubis. Cette affection est souvent accompagnée d'un écoulement de matières muqueuses par le vagin ; les règles sont très-abondantes ; le pouls est ordinairement naturel, et la santé peu altérée.

Je ne connais point de symptômes qui puissent faire reconnaître les tubercules développés dans l'utérus, quand cet organe conserve ses dimensions naturelles ; mais si l'utérus acquiert un volume considérable, on doit retrouver les symptômes qui appartiennent à son engorgement squirrheux, que j'ai décrits plus haut.

Les symptômes qui accompagnent les polypes de l'utérus sont le passage des matières muqueuses et sanguinolentes par le vagin (1), et des douleurs habituelles dans la région des

(1) Les matières qui s'échappent par la vulve de la femme chez laquelle un polype utérin s'est développé, sont plutôt sanguinolentes que muqueuses. J'ai déja dit page 319, que ces malades éprouvaient des pertes fréquentes et abondantes. Chez la femme atteinte d'un ulcère, le vagin livre passage à des matières ichoreuses, muqueuses et puriformes, mêlées quelquefois à un peu de sang décomposé. D'ailleurs, l'odeur *sui generis* exhalée par ces matières, suffirait seule pour dissiper, s'il était nécessaire, toute espèce d'incertitude sur le caractère essentiel de cette cruelle affection. (*Note du Traducteur.*)

hanches. Quand le polype a fait des progrès considérables, on peut le reconnaître en explorant le vagin; et même, sans recourir à ce moyen, on peut le distinguer de l'ulcère de l'utérus, d'après les signes commémoratifs de cette tumeur et de ses progrès. La santé, dans cette circonstance, est beaucoup moins affectée que dans l'ulcère; les glandes de l'aine ne sont point atteintes, tandis que dans la dernière période de l'ulcère utérin, ces glandes présentent souvent un engorgement cancéreux.

Le renversement du fond de l'utérus formant une tumeur dans la cavité de cet organe, ne peut guères être reconnu que sur le cadavre. Il est accompagné d'hémorrhagies multipliées; si la femme résiste à ces hémorrhagies, ses règles sont abondantes, et mêlées par intervalles de matières muqueuses. Quand le renversement est complet, l'examen seul de la tumeur peut la faire reconnaître : les tentatives faites pour réduire ce renversement ont presque toujours été inutiles.

L'examen peut seul constater l'existence du *prolapsus* de l'utérus, ainsi que les circonstances qui l'accompagnent.

L'hydropisie de la matrice ne peut être distinguée de plusieurs autres affections de cet organe que par l'issue de la sérosité à travers le vagin.

Cette affection est accompagnée d'un développement plus ou moins considérable de l'utérus, et d'une tension de la région hypogastrique proportionnée à la collection, et qui diminue à mesure que la sérosité s'échappe par le vagin.

Les hydatides ne peuvent être reconnues que quand les contractions utérines les ont expulsées. Ces contractions sont accompagnées de douleurs, qui ressemblent beaucoup à celles de l'enfantement.

Le déchirement de l'utérus ne peut être reconnu que par un examen soigné. Il est accompagné de douleur, d'une sensation particulière éprouvée dans l'abdomen, et presque toujours d'un vomissement de matière qui a la couleur du chocolat. L'utérus cesse ses contractions expulsives, et les douleurs de l'enfantement cessent en même-temps; l'enfant passe en totalité ou en partie dans la cavité abdominale.

CHAPITRE XX.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DES OVAIRES.

Inflammation de l'Enveloppe péritonéale des Ovaires.

La portion du péritoine qui recouvre les ovaires n'est guères enflammée que consécutivement à l'inflammation de l'utérus, ou quand le péritoine est lui-même enflammé dans toute son étendue. Dans ces deux cas, l'état inflammatoire des ovaires, assez fréquent, présente les mêmes phénomènes que l'inflammation du péritoine qui recouvre les autres organes; on a trouvé assez souvent des adhérences qui unissaient les ovaires aux parties voisines; ces adhérences ne pouvaient être que le résultat du travail inflammatoire dont nous venons de parler.

Inflammation de la substance des Ovaires.

L'inflammation intense de l'utérus qui succède quelquefois à l'accouchement, détermine souvent l'inflammation de la substance des

ovaires, qui sont alors très-développés et plus durs que dans l'état naturel ; ils présentent dans dans ce cas un très-grand nombre de vaisseaux, et quelquefois on trouve de la suppuration dans leur développement.

Squirrhe des Ovaires.

Le squirrhe des ovaires est beaucoup plus rare que celui de l'utérus. Dans ce cas, les ovaires très-volumineux sont convertis en une masse blanchâtre, dure, logée entre des cloisons membraneuses. Ces masses squirrheuses sont quelquefois disposées à s'ossifier ; cette ossification, quand elle existe, contient une proportion de terre beaucoup plus considérable que les autres os.

Ovaires très-développés et convertis en une substance pulpeuse.

Les ovaires, quelquefois très-volumineux, sont convertis en une substance pulpeuse dont le tissu est lisse et uniforme : ce tissu présente des cellules qui contiennent un liquide.

Ovaires scrophuleux.

Les ovaires sont quelquefois convertis en une

substance scrophuleuse, et divisés en une infinité de cellules.

Hydropisie des Ovaires.

L'affection la plus fréquente des ovaires est l'hydropisie. La substance toute entière d'un ovaire est quelquefois convertie en un sac qui contient le liquide; ce sac est ordinairement très-large; il se compose d'une membrane blanche et ferme qui renferme un liquide séreux disposé à se coaguler en partie.

Quand la substance des ovaires est détruite pour faire place à leur hydropisie, cette substance est convertie en une infinité de cellules qui communiquent par de larges ouvertures, et qui présentent des dimensions considérables. Un ovaire peut, dans ce cas, devenir assez volumineux pour occuper toute la cavité abdominale. Les ovaires sont aussi quelquefois convertis en un groupe de kystes qui n'ont point entre eux de communication; leurs dimensions varient depuis la grosseur d'une noisette jusqu'à celle d'une orange. Leurs parois tantôt minces, tantôt épaisses, sont composées d'une membrane compacte, blanche et lamelleuse.

Ces kystes contiennent, ou de la sérosité mêlée à un peu de matière visqueuse, ou un

liquide épais et glutineux, ou bien enfin une espèce de gelee ; cette gelée est quelquefois tellement tenace, qu'on peut l'extraire sous forme de filamens très-longs, qui, quand ils se brisent, se rétractent, grâce à une propriété élastique très-évidente. Plusieurs kystes renfermés dans le même ovaire peuvent contenir différentes espèces de liquides, phénomène qu'il est impossible de soupçonner *à priori* (1).

---

(1) Les ovaires, quelquefois très-volumineux, sont entièrement désorganisés. Au mois de juin 1809, j'ai eu occasion de voir à l'Hôtel-Dieu de Rheims, chez une fille morte à l'âge de trente-huit ans, deux ovaires qui ne présentaient plus de trace de leur organisation primitive ; le droit sur-tout était très-volumineux, et contenait une quantité de sérosité qu'on pouvait évaluer à deux livres. Cette sérosité, renfermée dans une infinité de cellules formées par des cloisons membraneuses, y étaient mêlées à cette matière blanche, épaisse et comme pultacée, connue sous le nom d'athérôme. C'était donc un *hydro-athérôme* de l'ovaire. L'ovaire gauche offrait la même espèce de désorganisation. Cette fille avait éprouvé des douleurs hypogastriques et lombaires depuis l'époque de la puberté ; elle avait toujours été valétudinaire. Quand elle succomba, les extrémités inférieures étaient œdématiées, et l'abdomen pouvait contenir deux pintes de sérosité : il était facile de distinguer à travers les parois abdominales, le corps ovoïde et développé que présentait l'ovaire droit ;

Ces kystes ont été quelquefois pris pour des hydatides avec lesquelles ils ont quelques points de ressemblance : cependant ils en diffèrent essentiellement. Leurs parois plus fermes sont moins pulpeuses que celles des hydatides ; ils contiennent une autre espèce de liquide, et ils sont réunis d'une manière différente. Les hydatides flottent isolées, ou bien une large hydatide en contient un grand nombre de petites, ou ces dernières sont fixées sur les parois de celles qui sont plus volumineuses. Les kystes des ovaires sont unis entre eux par des surfaces latérales assez larges ; les kystes ne sont jamais renfermés l'un dans l'autre : ils ne paraissent pas avoir, comme les hydatides, le pouvoir d'en produire de petits, qui seraient attachés aux parois des plus grands. Il est probable que ces kystes sont dus au développement successif des petites vésicules qui entrent dans l'organisation des ovaires.

Ovaires convertis en une substance graisseuse mêlée de cheveux et de dents.

Les ovaires sont quelquefois convertis en une substance graisseuse mêlée de longs cheveux et

---

mais ce ne fut qu'après avoir incisé ces parois, qu'il fut possible d'établir le caractère particulier de cette lésion organique. (*Note du Traducteur.*)

de dents, et enveloppée d'une membrane dense et blanchâtre. Une partie des cheveux est isolée dans la substance graisseuse, une autre partie adhère à la paroi interne de l'enveloppe. Les dents qu'on observe dans ce cas sont imparfaites et n'ont point de racines; elles s'élèvent quelquefois de la face interne de l'enveloppe, et sont ordinairement implantées sur une masse osseuse irrégulière. Ces phénomènes ont été regardés comme des œufs développés incomplètement à la suite d'une fécondation; mais on peut croire avec raison qu'ils peuvent se manifester sans le concours des deux sexes. J'ai inséré dans les Transactions philosophiques une observation dans laquelle il était bien difficile de croire à la fécondation. La fille qui présentait ces phénomènes paraissait avoir au plus douze à treize ans, l'hymen conservait son intégrité, et l'utérus n'avait pas le volume que lui donne ordinairement la puberté, qui d'ailleurs n'était annoncée par aucun des signes qui l'accompagnent. D'après toutes ces circonstances, il était facile de juger que l'utérus n'avait pas été soumis à l'influence de la fécondation. *Ruysch* (1) conservait dans son cabinet une tumeur formée

(1) Voyez *Ruysch*, tome II, *Adversor. Anatomicorum*, *decad. tert.*

de dents et de cheveux qu'il avait trouvée dans l'estomac d'un homme (1). Ce fait donne le caractère de la vérité à la conjecture que je viens d'établir. Cette dernière tumeur n'offrait aucun point de contact avec la fécondation, et il suffit qu'un organe soit le siège d'un pareil phénomène sans l'influence de cette fonction, pour qu'un autre puisse aussi présenter les mêmes particularités. Ces productions s'observent plus fréquemment dans les ovaires que par-tout ailleurs, probablement parce que le travail qui les développe offre de l'analogie avec les fonctions de la génération, qui sont plus ou moins du ressort des ovaires. Malgré toutes les objections qu'on a élevées contre mon opinion, je la crois fondée : ces espèces de tumeurs que l'on rencontre quelquefois dans les ovaires, ont ordinairement le volume d'une orange (2).

---

(1) Nous avons eu aussi en France, il y a quelques années, l'occasion d'observer un phénomène à-peu-près semblable. Qui de nous n'a pas encore présente à la mémoire, l'histoire du jeune *Amedée Bissieu*, mort à quatorze ans, et dans le ventre duquel on trouva un fœtus contenu dans un kyste situé dans le mésocolon transverse, au voisinage de l'intestin colon et hors des voies de la digestion ? (*Voyez* Bulletin de l'Ecole de Médecine de Paris, N.° I.er, page 4.) (*Note du Traducteur.*)

(2) J'ai rencontré dernièrement dans l'ovaire d'une

Fœtus contenu dans un Ovaire.

On trouve quelquefois le fœtus dans un ovaire. Il arrive rarement à son volume ordinaire. Ce-

---

femme âgée de dix-huit ans, la même substance graisseuse entremêlée de cheveux. Au milieu de cette masse, était une dent garnie de son émail. Dans ce cas, l'ovaire n'avait pas les dimensions qu'il présente dans l'adulte quand il n'a pas été soumis à l'influence de la génération. Sa cavité n'offrait aucune trace de membrane vacillante. Il n'existait donc point de changement pareil à celui qu'on observe quand un œuf se développe dans l'ovaire, ou dans la trompe de *Fallope*. L'hymen était intact ; les bords de cette membrane avaient conservé leur intégrité naturelle. Son ouverture était très-petite. Si de pareilles circonstances ne démontrent pas, jusqu'à l'évidence, la vérité de l'opinion énoncée ci-dessus, elles militent du moins fortement en sa faveur.

J'ai su par M. *Colmann,* qu'un cheval hongre examiné après sa mort, présenta un peu au-dessous du rein droit un kyste qui contenait une substance grasse, des cheveux et quelques dents. Ce fait est entièrement en faveur de l'opinion établie plus haut.

Les particularités qui se sont présentées à la dissection, sont si intéressantes et si clairement exposées par M. *Colmann*, que je vais joindre ici leur narration, en me servant des propres expressions de ce praticien recommandable.

Un cheval hongre-bai, âgé de sept ans, appartenant

pendant, son développement est ordinairement aussi complet que possible. Quand ce phénomène existe, on ne trouve plus de trace de l'o-

---

à l'artillerie royale à cheval de Woolwich, était atteint d'une maladie contagieuse et incurable (savoir, la morve), qui me détermina à le faire tuer. Quand les organes malades eurent été examinés, M. *Percival*, artiste vétérinaire à bord de l'ordonnance (homme très-distingué par ses connaissances anatomiques, et par les talens avec lesquels il exerce son art), ouvrit accidentellement l'abdomen, et aperçut dans la cavité abdominale une tumeur à-peu-près du volume du testicule d'un cheval, et d'une forme oblongue, située au-dessous du rein droit, et lâchement attachée au péritoine par un pédicule mince et long. M. *Percival* détacha cette tumeur sans soupçonner qu'elle contînt aucune particularité remarquable; mais comme en comprimant cette tumeur, les parties contenues dans son centre lui parurent de nature osseuse, il fit à l'aide d'une scie une section longitudinale de cette tumeur; le kyste placé à l'extérieur contenait deux petites dents molaires de cheval; plus, une incisive attachée à une portion d'os qui pouvait ressembler à l'os maxillaire. Le reste de la tumeur était composé de deux tiers de graisse, et d'un tiers de cheveux d'une couleur noire contenus dans des kystes séparés. La dent molaire qui a pu être divisée longitudinalement par la scie, offrit les mêmes dispositions d'émail et de matière osseuse que la dent naturelle du cheval. Deux petits vaisseaux partant du pédicule de la tumeur, pénétraient dans sa substance, mais il ne fut pas possible de les suivre quand la section de

vaire, qui est converti en une espèce de sac assez ferme, destiné à contenir le fœtus; à l'intérieur de ce sac sont attachés le placenta et une portion du chorion. Pour prouver que ce sac remplace l'ovaire, il suffit de suivre la trompe de *Fallope* et les vaisseaux spermatiques depuis leur origine jusqu'à leur terminaison; dans ce cas, l'utérus est plus développé que quand il n'y a point eu de fécondation; sa cavité contient une membrane détachée, ce qui prouve que l'utérus présente, quoique d'une

---

cette tumeur eut été terminée. L'histoire de cet animal, depuis sa naissance, n'étant pas connue, il serait difficile de dire si les deux testicules ont été emportés au moment où la castration fut pratiquée. Il est possible qu'un des testicules soit resté dans l'abdomen. La forme, la situation, le volume de la tumeur, militent en faveur de cette supposition; mais soit que les vaisseaux sanguins fournis par les organes voisins, aient produit cette organisation particulière, soit que les dents et les cheveux aient dû leur existence à l'action des vaisseaux spermatiques, ce fait n'en est pas moins extraordinaire et inexplicable. Ce phénomène cependant justifie complètement l'opinion de *Baillie*, qui prétend que le développement des dents, des cheveux ou de la graisse dans les ovaires, n'est pas dû à la fécondation; et en admettant ce principe, il est probable que la fécondation n'a jamais été la cause de ces phénomènes extraordinaires observés dans les ovaires.

manière imparfaite, les changemens qui accompagnent les grossesses ordinaires. Les vaisseaux spermatiques sont aussi plus développés pour fournir une quantité suffisante de sang à l'œuf qui se développe dans l'ovaire.

Réduction du volume de l'Ovaire.

Le volume des ovaires diminue ordinairement dans la vieillesse, et leur tissu éprouve des changemens; ils perdent la moitié de leurs dimensions ordinaires; ils sont un peu tuberculés à leur surface, et durs quand on les incise; les vésicules dont ils se composent dans l'état naturel sont remplies d'une matière blanche solide.

Sujets privés d'un ou de deux Ovaires.

Quelquefois on n'a trouvé qu'un seul ovaire, phénomène extrêmement rare; le docteur *Hunter* en a conservé un exemple dans sa collection. On cite aussi plusieurs cas dans lesquels on n'a pu découvrir trace d'ovaire ni d'un côté ni de l'autre.

Symptômes.

Comme les ovaires sont très-rarement enflammés sans une inflammation antécédente de l'utérus, il est impossible d'indiquer les symptômes pathognomoniques de leur inflammation exclu-

sive. C'est pour cette raison qu'on ne peut, jusqu'à présent, établir de différence entre ces deux états inflammatoires.

L'état squirrheux des ovaires ne peut être reconnu qu'avec la plus grande difficulté pendant la vie. Quand l'ovaire a acquis des dimensions considérables, qu'il s'est placé sur un des côtés du bassin ; quand le sujet est très-maigre, on peut, jusqu'à un certain point, reconnaître cet état pathologique à travers les parois abdominales. Dans ce cas, la tumeur doit offrir plus de résistance que quand l'ovaire est le siège d'une hydropisie, ou qu'il est rempli de kystes ; quand il est impossible d'examiner avec soin l'ovaire, on ne peut acquérir que des données vagues sur l'existence de cet état pathologique.

L'hydropisie de l'ovaire ne peut être reconnue dans son principe, mais quand ses progrès sont assez considérables pour former une tumeur à la région inférieure de l'abdomen, on peut la reconnaître et par un examen attentif, et par l'histoire de son accroissement. La tumeur se manifeste particulièrement dans un des côtés de l'abdomen, et toujours dans le côté occupé par l'ovaire affecté. La surface de cette tumeur est souvent inégale ; elle offre un mouvement obscur de fluctuation à la main qui percute les parois abdominales qui recouvrent

cette tumeur ; la santé est très-peu troublée par les progrès lents de cette affection, ensorte que la malade peut la supporter assez facilement pendant plusieurs années ; les urines sont moins abondantes que dans l'état naturel ; les vaisseaux absorbans de l'ovaire sont peu sensibles à l'action des médicamens ; aussi a-t-on vu très-peu de guérisons d'hydropisie de l'ovaire.

CHAPITRE XXI.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DES TROMPES DE *FALLOPE*.

Inflammation des Trompes de Fallope.

L'INFLAMMATION intense de l'utérus se communique souvent aux trompes de *Fallope*, qui, dans ce cas, offrent une grande quantité de vaisseaux ; aussi quand on incise ces trompes, on trouve quelquefois du sang dans leurs cavités. Cette inflammation peut se terminer par suppuration, et alors les cavités dont nous venons de parler sont remplies de pus.

Adhérences.

L'inflammation générale et partielle du péritoine dans le voisinage des trompes de *Fallope* détermine celle de l'enveloppe de ces trompes, enveloppe qui n'est qu'un prolongement du péritoine. Cette inflammation se termine ordinairement par l'adhérence des trompes de *Fallope* avec les organes voisins. On trouve quelquefois l'extrémité frangée de ces trompes adhérente à l'ovaire; une inflammation très-vive peut faire disparaître entièrement ce tissu frangé; et le corps de la trompe, dans ce cas, semble se terminer sur la surface de l'ovaire; dans cette supposition, il n'existe point d'ouverture à l'extrémité de la trompe, qui a perdu la faculté de conduire l'œuf de l'ovaire à l'utérus.

La petite cavité par laquelle la trompe de *Fallope* communique avec la cavité de l'utérus, est quelquefois oblitérée, mais pas aussi souvent que celle qui termine l'extrémité voisine de l'ovaire.

Hydropisie des Trompes de Fallope.

Quand les deux extrémités de la trompe de *Fallope* sont oblitérées, on voit quelquefois son tube se développer et former une cavité large et irrégulière. Si l'on ouvre cette cavité, on

trouve dans ses divisions, établies au moyen de petites cloisons, un liquide séreux, susceptible de se coaguler en partie. Ce liquide est sans doute fourni par les petites artères de la membrane interne de la trompe de *Fallope*, qui contient dans l'état naturel, un grand nombre de vaisseaux. On peut appeler cette disposition hydropisie de la trompe de *Fallope*.

Trompes de Fallope *terminées en un cul-de-sac.*

J'ai vu les trompes de *Fallope*, privées de leur extrémité frangée par un vice de conformation, se terminer en un cul-de-sac. Dans ce cas, il leur était impossible de remplir la fonction qui leur est assignée par la nature pour seconder l'acte de la génération.

Œuf dans une Trompe de Fallope.

La trompe de *Fallope* est quelquefois convertie en un cul-de-sac qui contient un œuf. Ce phénomène s'observe quand l'œuf est arrêté dans sa marche de l'ovaire à l'utérus; l'œuf ne meurt pas, mais il se développe progressivement, comme s'il occupait la cavité de l'utérus, circonstance qui prouve, avec une infinité d'autres, que l'utérus n'est pas uniquement destiné à favoriser le développement de l'œuf,

mais que d'autres organes peuvent remplir la même fonction. A mesure que l'œuf se développe, la trompe de *Fallope* se dilate de plus en plus, et forme une espèce de sac qui environne l'œuf. Les vaisseaux sanguins qui vont de l'ovaire à la trompe de *Fallope*, qui contient cet œuf, augmentent de diamètre à mesure que l'œuf prend de l'accroissement, afin de lui fournir une quantité de sang suffisante ; tandis que ce travail s'établit et marche dans la trompe de *Fallope*, le volume de la matrice devient deux fois plus considérable que dans son état naturel ; ses vaisseaux se multiplient ; la cavité de son fond est tapissée par une membrane desséchée, et son col est fermé par une espèce de gelée. L'utérus présente donc dans ce cas plusieurs des changemens que détermine la grossesse ordinaire. Quelquefois l'œuf acquiert un volume considérable, on l'a vu même parcourir toutes les périodes de la grossesse ; le plus souvent il meurt à la première période. Le développement de l'œuf produit quelquefois le déchirement de la trompe de *Fallope*, et la mort par hémorrhagie. Le docteur *Clarke* a inséré dans les Transactions médicales et chirurgicales (1) des détails clairs et précis sur un phénomène de cette espèce.

(1) *Voyez* page 261, vol. II.

Tumeur dure implantée sur la Trompe de Fallope.

J'ai vu une tumeur dure implantée sur une trompe de *Fallope*. En l'incisant, j'ai observé le tissu des tubercules qui se développent à la surface de l'utérus ; ce tissu se composait d'une substance dure et blanche, parsemée de cloisons membraneuses très-fortes. Ce phenomène doit être très-rare.

Phénomènes pathologiques des Ligamens ronds.

Les ligamens ronds partagent l'inflammation de l'utérus, quand cette inflammation est aiguë et qu'elle s'étend aux dépendances de cet organe. Ces ligamens sont aussi sans doute exposés à d'autres affections, mais elles sont très-rares : je n'en ai point rencontré, et les auteurs n'en parlent pas.

Symptômes.

Les symptômes qui accompagnent les phénomènes pathologiques des trompes de *Fallope* sont jusqu'ici inconnus, et les circonstances qui appartiennent à leur état pathologique rendent toujours son diagnostic très-difficile.

CHAPITRE XXII.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DU VAGIN.

Inflammation du Vagin.

La surface interne du vagin est souvent enflammée près de son extrémité inférieure ; cette inflammation, due particulièrement au virus vénérien, est rarement un sujet de recherches dans le cadavre.

Adhérences des parois du Vagin.

Une inflammation très-intense du vagin a quelquefois déterminé l'adhérence de ses parois, adhérence qui peut occuper toute l'étendue de ce canal, mais qui le plus souvent est bornée, et produit un rétrécissement partiel.

Ulcères du Vagin.

Le vagin est souvent le siège d'ulcères ; ils paraissent quelquefois comme des taches sur la membrane interne ; on dirait qu'ils ont été produits par un instrument tranchant ; quelquefois

ils sont sanieux; leurs bords sont dentelés; quand ce dernier cas existe à un haut degré, ces ulcères sont des résultats du cancer de l'utérus; lorsque cet ulcère établit des communications avec les organes voisins, l'existence de la malade est déplorable. Ces communications s'observent tantôt du vagin au rectum, tantôt du vagin à la vessie.

Tumeur squirrheuse du Vagin.

Des tumeurs squirrheuses se développent rarement dans le vagin quand l'utérus n'est point malade. Lorsque l'on incise ces tumeurs, on y retrouve la structure squirrheuse que j'ai déjà si souvent décrite.

Renversement du Vagin.

Une des affections les plus fréquentes du vagin est son renversement ou son *prolapsus*. Les circonstances qui favorisent ce renversement sont l'ampleur du bassin, la largeur de la vulve, et le relâchement général des parties génitales. Ce renversement peut exister à des degrés différens. Dans quelques sujets on n'aperçoit point l'utérus, dans d'autres on voit cet organe à l'extrémité supérieure du vagin complètement renversé; ce *prolapsus* prend différentes formes,

tantôt c'est une masse large et arrondie, tantôt c'est un prolongement étroit qui présente une saillie de cinq pouces. Dans ce dernier cas, on a pu croire à l'hermaphrodisme. Je dois dire ici que quoique l'hermaphrodisme ait été observé d'une manière très-distincte chez plusieurs espèces d'animaux, on ne l'a peut-être jamais rencontré dans l'espèce humaine (1). Quand le

---

(1) Aux cas d'hermaphrodisme, dans lesquels une attention scrupuleuse a reconnu les deux sexes, nous ajouterons l'observation qui m'a été communiquée par le docteur *Storer*, de Nottingham. Le sujet dont il est question offrait des caractères si tranchés de l'hermaphrodisme, qu'il était impossible de les révoquer en doute. Ce sujet a été examiné avec le plus grand soin par le docteur *Storer*, et par plusieurs médecins d'un grand mérite. Je vais insérer ici les détails que je dois à l'obligeance du docteur *Storer*.

Le sujet avait le nom d'une femme; il portait les vêtemens d'une femme, il avait un air masculin; ses traits n'avaient rien de remarquable. Il n'avait point de barbe; il n'a jamais été réglé, et c'est pour cette cause qu'il est entré à l'hôpital de Nottingham, d'après le desir de la femme auprès de laquelle il vivait en qualité de domestique. Il avait alors vingt-quatre ans, n'avait jamais été malade, et n'était venu à l'hôpital que par condescendance pour sa maîtresse. Des soins et des médicamens donnés sans résultat firent soupçonner l'imperforation de l'hymen et l'accumulation des menstrues au-dessus de cette mem-

renversement du vagin existe depuis long-temps; sa membrane interne s'endurcit sur quelques points; cette membrane peut s'enflammer et s'ulcérer.

Dans le renversement du vagin et le *prolapsus* de l'utérus, si on examine la cavité pelvienne, on n'aperçoit souvent que d'une manière imparfaite le fond de l'utérus avec ses dépendances; quelquefois l'utérus est entièrement caché; la vessie paraît alors en contact avec le rectum. Dans cette situation de l'utérus et de ses dépendances, j'ai vu ces organes unis par des adhérences aux parties voisines, adhérences qui devaient rendre la réduction de l'utérus et du vagin très-difficile, et même impossible, à moins que ces adhérences n'eussent acquis consécutivement une grande laxité.

---

brane. Ce sujet fut donc examiné par M. *Wright*, l'un des chirurgiens de l'hôpital, et par le docteur *Storer*.

Le vagin se terminait en cul-de-sac, deux pouces au-dessus des grandes lèvres. La tête du clitoris et l'orifice externe du méat urinaire, avaient leur structure naturelle; il n'existait point de nymphes. Les grandes lèvres, plus développées que de coutume, contenaient chacune un corps ressemblant à un testicule peu volumineux suspendu à son cordon; les mamelles étaient celles d'une femme. Ce sujet n'éprouvait aucun attrait pour l'un ou l'autre sexe.

Vagin très-court.

Le vagin est quelquefois très-court, je l'ai vu n'offrir que la moitié de sa longueur naturelle. C'est un vice de conformation que l'examen seul peut constater.

Vagin très-dilaté.

Le vagin est quelquefois très-dilaté par les tumeurs qu'il contient; ces tumeurs sont ordinairement des polypes, dont l'extraction laisse au vagin la faculté de récupérer à-peu-près ses dimensions naturelles, à moins que le canal n'ait été distendu pendant un laps de temps très-long.

Vagin très-étroit.

Le vagin doit quelquefois à un vice de conformation un diamètre transversal très-petit. Ce phénomène est très-rare : l'art peut y remédier avec succès jusqu'à un certain point.

Symptômes.

Les symptômes qui accompagnent l'inflammation de la membrane interne du vagin et des lèvres sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les rapporter ici.

L'adhérence des parois du vagin ne peut être reconnue que par l'examen. On peut néanmoins en soupçonner l'existence, quand ce canal a été le siège d'une inflammation très-aiguë, après laquelle les règles ont cessé leur marche régulière, et le coït est devenu impossible. Si l'adhérence occupe une étendue considérable du vagin, il serait imprudent de proposer une opération dans le dessein de rétablir ce canal en détruisant les adhérences. J'ai vu dans ce cas des tentatives réitérées sans succès, par les mains les plus habiles, et il faut sur-tout une dextérité bien exquise pour éviter la lésion du rectum ou de la vessie. Quand l'adhérence est bornée à un seul point, une opération peut la faire disparaître, excepté peut-être lorsqu'elle a son siège dans le voisinage de l'extrémité supérieure du vagin. Comme il est impossible, quand l'adhérence est complète, de décider *à priori* si elle est petite ou étendue, il est presque toujours nécessaire de tenter une opération, qui ne doit être pratiquée que par un chirurgien habile, et avec la plus grande précaution. Si le rétrécissement n'occupait qu'un point linéaire, on reconnaîtrait ce point à l'accumulation du sang menstruel qui serait retenu au-dessus de l'obstacle, et il est possible que cette accumulation détermine le déchirement de cette bride, et

rende l'opération inutile ; il serait absurde néanmoins de ne pas proposer cette opération, extrêmement simple dans ce cas, pour attendre un résultat très-incertain.

Les ulcères du vagin ne peuvent être reconnus que par un examen soigné. Ils sont accompagnés d'une douleur plus ou moins vive, et fournissent de la suppuration ; mais ces deux phénomènes peuvent être produits par l'inflammation du vagin sans ulcération.

Le renversement du vagin est accompagné d'une pesanteur (selon l'expression de la malade) et d'une tumeur qui s'échappe par la vulve, sur-tout quand la femme est debout. Les circonstances, qui appartiennent à cet état pathologique, ne peuvent être constatées que par l'examen.

Il faut une attention extrême pour bien juger les tumeurs du vagin.

CHAPITRE XXIII.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES ET VICES DE CONFORMATION DES PARTIES EXTERNES DE LA GÉNÉRATION.

Hymen imperforé.

L'HYMEN est quelquefois imperforé, ensorte que le vagin est fermé à son extrémité antérieure. Ce vice de conformation ne peut guères être reconnu qu'à l'âge de la puberté, époque à laquelle le flux menstruel est accumulé au-dessus de cette membrane; cette disposition est peu fâcheuse, et peut être détruite par une opération extrêmement simple.

Clitoris très-développé.

Le développement excessif du clitoris est aussi un vice de conformation; il est moins commun que le précédent, mais il est plus fâcheux au moment de la naissance : le clitoris est dans ce cas souvent plus gros que la verge d'un garçon du même âge; il présente un prépuce bien formé, un gland terminé par une

fente, ensorte qu'il offre une ressemblance presque parfaite avec les organes externes de la génération chez l'homme. Cette disposition a pu tromper sur le véritable sexe, et des filles ont été baptisées comme garçons. Néanmoins, dans la plupart des circonstances dans lesquelles le clitoris est très-développé, on pourra reconnaître le sexe aux particularités suivantes : les lèvres sont bien formées; quand on les comprime, on ne sent pas de petits corps arrondis comme les testicules; la fente qui termine le clitoris ne conduit pas à un canal urétral; mais au-dessous du gland et à l'extrémité postérieure de la fente en question, on voit une ouverture qui communique immédiatement avec la vessie. Je suis disposé à croire qu'en dirigeant une petite sonde droite à travers cette ouverture, pour parvenir dans la vessie, on pourra souvent déterminer à l'instant même le sexe de l'enfant (1). Si cet enfant peut grandir, le volume du clitoris n'augmente pas dans la même proportion que celui de la verge. Ces cas ont encore été pris pour des hermaphrodismes.

---

(1) Si c'est une fille, la sonde traversera facilement un canal droit; si c'est un garçon, la sonde ne pourra pas suivre une ligne droite; il sera nécessaire de courber cette sonde, et le canal de l'urètre sera très-long.

Nymphes très-développées.

Le volume des nymphes est quelquefois beaucoup plus considérable que dans l'état naturel. Ce phenomène se remarque tantôt sur l'une, tantôt sur toutes les deux : ces dimensions extraordinaires déterminent leur saillie au-dehors; leur surface externe est la même que celle des grandes lèvres, parce qu'elles perdent par leur exposition à l'air la texture fine, vasculaire et sensible qu'elles présentent dans l'état de santé. Cette conformation vicieuse est peu fâcheuse, à moins que leur développement ne soit excessif, et encore, dans ce cas, l'art peut-il en pratiquer l'extirpation.

Les grandes Lèvres unies entre elles.

Les grandes lèvres sont quelquefois réunies par une adhérence fine et linéaire ; à l'extrémité supérieure de cette ligne, on voit le méat urinaire et le gland du clitoris. Cette conformation vicieuse, très-rare, est assez facile à corriger. Quand ces grandes lèvres sont séparées par une opération très-simple, on trouve toutes les parties de la génération dans leur état d'intégrité.

Les grandes lèvres sont quelquefois recouvertes par la continuité de la peau, qui ne laisse

apercevoir aucune trace de ces deux replis. Ce vice de conformation peut être corrigé par l'art, les parties situées plus profondément étant bien conformées.

Les parties externes de la génération, et principalement les parois des nymphes et le vestibule sont exposés à l'inflammation et aux ulcères, dont la cause la plus fréquente est le virus vénérien. Ces affections, très-souvent le sujet de nos soins pendant la vie, fixent peu notre attention après la mort; aussi je n'en parlerai pas ici.

Il est inutile de traiter des symptômes qui appartiennent aux affections examinées dans ce chapitre.

CHAPITRE XIV.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DU CERVEAU ET DE SES MEMBRANES.

Inflammation de la Dure-Mère.

On trouve quelquefois la dure-mère enflammée : dans ce cas, sa face externe est parcourue par de très-petits vaisseaux remplis de sang : ces petits vaisseaux sont rarement aussi nom-

breux que dans les autres organes enflammés, phénomène qui appartient à la texture même de cette membrane, qui, dans l'état de santé, présente peu de vaisseaux; aussi quand elle est frappée d'inflammation, le réseau vasculaire paraît moins développé que dans les organes qui, dans leur état naturel, sont fournis de ramifications plus nombreuses. Néanmoins, quand on connaît la texture de la dure-mère, on distingue aussi facilement les traces de son inflammation que dans les autres organes.

L'inflammation de la dure-mère produit quelquefois une couche de lymphe coagulable qui adhère à sa face interne, sous la forme de membrane; mais ce phénomène est très-rare.

L'inflammation de la dure-mère détermine aussi par fois son adhérence avec les autres membranes du cerveau dans une étendue considérable; mais ces adhérences s'observent très-rarement, sans doute parce que la surface de ces membranes enflammées laisse rarement transuder de la lymphe coagulable. Cette particularité est très-remarquable, parce que ces membranes ont une grande analogie avec celles qui tapissent les grandes cavités, et que l'inflammation de ces dernières très-souvent favorise la transudation dont nous parlons.

L'inflammation de la dure-mère, sur-tout celle qui a été occasionnée par une percussion, se termine quelquefois par suppuration : on trouve ce liquide en contact avec une portion de cette membrane.

Le tissu de la dure-mère est quel quefois détruit, en partie, par une ulcération. Cette destruction se voit rarement. On trouve plus fréquemment un de ses points gangrenés à la suite d'une lésion violente de la tête.

Tumeurs scrophuleuses adhérentes à la Dure-Mère.

On voit rarement des tumeurs scrophuleuses adhérer à la dure-mère ; elles ont le même aspect que les glandes absorbantes devenues scrophuleuses, quelquefois même elles contiennent un pus grumeleux.

Tumeurs spongieuses implantées sur la Dure-Mère.

Des tumeurs spongieuses se trouvent rarement implantées sur la dure-mère ; ces tumeurs, autant que je me les rappelle, sont molles au toucher, et présentent une texture fibreuse.

Ossification de la Dure-Mère.

La dure-mère présente souvent des lames osseuses développées sur l'un de ses points. Ces tumeurs sont ordinairement petites, quelquefois larges seulement comme l'ongle d'un doigt; elles sont d'autrefois plus étendues; elles sont minces, et leurs bords sont souvent très-irréguliers. Elles n'occupent pas indistinctement toutes les régions de la dure-mère; elles adhèrent presque toujours au sinus longitudinal supérieur, ou à la grande faux du cerveau; quelques-unes de ces ossifications offrent, relativement à la partie organique, une proportion de terre beaucoup plus grande que l'os ordinaire.

Souvent il n'existe qu'un seul point d'ossification; quelquefois on en trouve plusieurs. On prétend avoir vu la grande faux presqu'entièrement ossifiée; ce dernier phénomène est très-rare.

Dure-Mère adhérente fortement au Crâne.

La dure-mère adhère quelquefois très-fortement à la face interne du crâne; cette adhérence est principalement établie par les petits vaisseaux qui vont de l'un à l'autre, et par l'application intime du tissu fibreux de cette mem-

brane à l'os. Néanmoins, dans l'état naturel, la dure-mère peut être entièrement séparée du crâne; mais quelquefois il existe entre l'une et l'autre une adhérence telle, que leur séparation complète est impossible. Les efforts que l'on établit pour obtenir cette séparation font voir cette membrane partagée sur plusieurs points en deux lames, dont l'une adhère à l'os, tandis que l'autre recouvre la pie-mère. Il m'est impossible de déterminer si cette adhérence extraordinaire est due à une inflammation antécédente ou à toute autre cause; mais on la rencontre assez fréquemment.

Phénomène pathologique de l'Arachnoïde.

Le tissu de l'arachnoïde offre très-rarement des altérations. Les auteurs en ont peu parlé. Le seul phénomène que j'aie observé sur cette membrane est une augmentation d'épaisseur qui lui donnait une fermeté assez remarquable; dans cette altération, ainsi que dans son état naturel, on ne voit point de vaisseaux se ramifier à sa surface, ou du moins ils sont extrêmement petits. L'arachnoïde est séparée de la pie-mère par une sérosité assez abondante.

Phénomènes pathologiques de la Pie-Mère ; Veines de cette Membrane gorgées de Sang.

Le phénomène pathologique le plus fréquent de la pie-mère est la distension de ses veines par le sang. Cette distension, due à un obstacle au retour du sang vers le cœur, diffère essentiellement de l'état inflammatoire de cette membrane. Les petits rameaux artériels qui parcourent la pie-mère, remplis d'un sang vermeil, ne sont pas plus nombreux alors que dans l'état naturel de cette membrane ; mais ces veines sont très-développées par l'accumulation d'un sang noir.

Pie-Mère enflammée.

L'état inflammatoire de la pie-mère est en général beaucoup plus difficile à reconnaître que celui des autres membranes. Cette difficulté dépend du grand nombre de petits vaisseaux qui se distribuent à cette membrane. Dans son inflammation, ces petits vaisseaux sont beaucoup plus nombreux que dans l'état naturel ; remplis alors d'un sang vermeil, ces vaisseaux forment un réseau très-agréable à l'œil. Rarement la pie-mère enflammée offre-t-elle une surface également injectée dans toute son éten-

due, ainsi qu'on l'observe dans les autres membranes ; ses replis présentent un plus grand nombre de vaisseaux que de coutume, ils adhèrent plus intimement à la substance du cerveau.

Il est très-rare de voir l'inflammation de la pie-mère favoriser le développement d'une couche de lymphe coagulable si souvent produite par les inflammations de la plèvre et du péritoine. L'inflammation intense de la pie-mère se termine ordinairement par suppuration. J'ai vu ce liquide épanché sur toute la surface du cerveau, à la suite de l'inflammation de cette membrane.

On a observé aussi des adhérences intimes et étendues entre la pie-mère et la dure-mère, adhérences qui avaient sans doute été produites par une inflammation antécédente. Mais elles sont très-rares, je ne les ai jamais rencontrées.

Tumeurs scrophuleuses implantées sur la Pie-Mère.

J'ai vu des tumeurs scrophuleuses implantées sur la pie-mère ; elles avaient cette structure scrophuleuse que j'ai déjà indiquée si souvent ; ce phénomène est très-rare.

Air contenu dans les Vaisseaux de la Pie-Mère.

Il n'est pas rare de voir des vaisseaux de la pie-mère distendus par l'air. Ce phénomène peut être le produit de la putréfaction ; il existe aussi quelquefois sans elle. Dans ce dernier cas, il est probable que le dégagement de l'air est dû à une disposition particulière des principes qui constituent le sang.

Hydatides.

De petits kystes (1) remplis de sérosité (et que généralement on appelle hydatides), ont quelquefois été trouvés sur la pie-mère. Ce phénomène est très-rare.

Ossification partielle dela Pie-Mère.

La pie-mère s'ossifie quelquefois dans l'un des points de son étendue. Je n'ai jamais rencontré une pareille affection, mais le docteur *Sœmmerring* dit en posséder une dans sa collection.

---

(1) Voyez *Lieutaud*, tome II, page 145.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DE LA SUBSTANCE DU CERVEAU.

Inflammation.

La substance du cerveau, et nous comprenons sous la même dénomination le cerveau et le cervelet, est susceptible de s'enflammer, quoique assez rarement, à la suite d'une percussion établie sur un des points du crâne. Cette inflammation est le plus souvent bornée à certaines portions de cet organe. Le siège de cette inflammation est ordinairement rouge, mais rarement d'un rouge très-foncé. L'incision fait voir que cette coloration est due à un grand nombre de petits vaisseaux remplis de sang. Si cette inflammation occupe un des points de la surface du cerveau, les membranes qui environnent ce point partagent cette inflammation. La portion du cerveau enflammée n'offre pas un état particulier de dureté ; le doigt qui la touche y retrouve la même sensation que dans l'état de santé.

Abcès.

L'inflammation du cerveau se terminant souvent par suppuration, il en résulte des abcès qui, quand ils sont considérables, favorisent

le passage du pus à travers le tissu des parties voisines de ces abcès, en sorte que leur organisation paraît détruite, ou du moins très-altérée, par une pression long-temps continuée. Quand ces abcès sont petits, on trouve une cavité dans laquelle le pus est contenu.

Gangrène.

Des portions du cerveau sont quelquefois tombées en gangrène, sur-tout après des coups violens portés sur la tête. Il est rare que d'autres causes produisent le même désordre. J'en ai pourtant rencontré un exemple : dans ce cas, la portion enflammée du cerveau était d'une couleur noire et aussi molle qu'une poire pourrie.

Cerveau très-mou.

Très-souvent le cerveau examiné quelques jours après la mort, est d'une telle mollesse, qu'à peine sa section peut-elle présenter une surface nette, et que la plus légère pression des doigts le réduit en une matière pultacée ; néanmoins cet organe conserve, quoiqu'assez rarement, pendant plusieurs jours, la fermeté et la résistance dont il jouissait pendant la vie ; aucun de ces phénomènes ne peut être regardé comme le résultat d'une maladie.

Quelquefois un état pathologique ramollit tellement la substance cérébrale, qu'après avoir perdu sa consistance naturelle elle n'offre guère que celle de la pâtisserie qu'on nomme vulgairement *flan*. Le docteur *Hunter*, médecin militaire, a observé ce phénomène dans les hémisphères du cerveau, près des ventricules latéraux. Il l'a rencontré aussi chez des idiots, chez des sujets avancés en âge, et avec des épanchemens sanguins chez des apoplectiques.

Cerveau très-ferme.

La substance cérébrale est quelquefois plus ferme, plus compacte et plus élastique que dans l'état de santé. On peut alors l'alonger avec un certain degré de force; elle reviendra aisément sur elle-même, et si on la comprime, elle reprendra bientôt sa forme quand la compression sera cessée. Dans ce cas, on trouve souvent les ventricules dilatés et remplis de sérosité. On prétend avoir vu le cerveau assez dur et assez sec pour être friable entre les doigts; dans cette circonstance, la substance médullaire est, dit-on, plus légère que dans son état naturel. Il est néanmoins probable que ces détails sont exagérés. On a remarqué aussi que dans ce cas le cervelet n'était point altéré.

Substance blanche et ferme formée dans le Cerveau.

On trouve quelquefois dans le cerveau une substance blanche très-dure et présentant une texture lisse et polie. Le cerveau adhère à cette substance, et ses points d'adhérences offrent une quantité de vaisseaux plus considérable que dans l'état de santé. La substance dont nous parlons est scrophuleuse. Je l'ai vue contenant un pus de nature évidemment scrophuleuse. On trouve quelquefois plusieurs de ces tumeurs formées en même temps dans divers points de la pulpe cérébrale.

On a aussi rencontré dans cet organe des masses arrondies de la même substance plongées dans le cerveau ou ses interstices. J'en ai vu qui étaient aussi grosses qu'une noix. L'existence de ces tumeurs est souvent accompagnée de l'augmentation de sérosité dans les ventricules du cerveau.

Tumeurs enkystées et hydatides.

On a quelquefois trouvé dans la substance cérébrale des tumeurs enkystées qui contenaient de la sérosité (1). Je n'en ai jamais rencontré ; je les crois très-rares.

---

(1) Voyez *Lieutaud*, tome II, pages 194 et 195.

Je tiens d'une autorité irrécusable, que des hydatides ont été trouvées dans les ventricules latéraux du cerveau; ce phénomène est encore plus rare que le précédent. Ces hydatides paraissaient être de la même nature que celles du foie (1).

Tumeurs osseuses comprimant le Cerveau.

Des tumeurs osseuses compriment quelquefois un des points du cerveau. Le plus souvent elles sont formées par des masses irrégulières composées de prolongemens osseux et d'une substance charnue qui remplit leurs interstices. Le docteur *Hunter* conserve dans son cabinet plusieurs exemples de cette espèce de tumeur.

Quelquefois aussi tous les os du crâne sont devenus tellement épais, que la cavité encéphalique en a été diminuée. M. *Hunter* a, dans son cabinet, une pièce très-remarquable dans laquelle les os du crâne sont au moins trois fois aussi épais que dans l'état naturel. Ces os sont alors plus spongieux que de coutume.

---

(1) Ce fait m'a été communiqué par M. *Burnoll*, qui avait donné des soins au malade, et qui fit l'ouverture du cadavre.

Un nodus ressemblant à de l'ivoire s'est aussi développé sur les os du crâne, de manière à faire une saillie considérable dans sa cavité. Ce phénomène, très-rare, existe néanmoins dans le cabinet du docteur *Hunter* (1). Quelque variées que soient les causes qui produisent de pareils changemens dans la structure des os du crâne, leurs effets sur les fonctions cérébrales sont à-peu-près les mêmes; ils établissent une compression permanente.

Pointes osseuses irritant le Cerveau.

La face interne de la base du crâne est toujours un peu irrégulière; elle offre des crêtes et des petites éminences séparées par des enfoncemens; quelquefois ces éminences et ces crêtes doivent à une cause morbifique un développement qui les transforme en épines et en lames aiguës qui, pénétrant dans le cerveau, produisent une irritation violente du système nerveux.

---

(1) Ce nodus d'ivoire est formé dans un des orbites; je ne sais pas s'il n'est point produit par le globe oculaire converti en cette substance. Ce nodus a des dimensions considérables; il s'avance dans la cavité encéphalique derrière l'orbite.

Hydrocéphale.

Un des phénomènes pathologiques le plus fréquemment observé dans le cerveau, est l'accumulation de la sérosité dans les ventricules de cet organe (1). Cette accumulation s'observe chez l'enfant en bas âge ; quelquefois elle existe avant la naissance. Le volume de cette collection varie dans les différens cas ; quelquefois il se borne à quelques onces, d'autres fois il s'élève à plusieurs pintes ; quand la quantité de sérosité est très-considérable, la voûte est élevée à son extrémité antérieure par cette accumulation ; il en résulte une communication établie entre les ventricules (2) latéraux. La même

---

(1) M. *Home* a vu un cas dans lequel la sérosité accumulée en grande quantité dans le troisième ventricule, se fit jour à travers les lames déliées de la substance médullaire qui forment le *septum lucidum*, sans avoir pénétré dans les ventricules latéraux. Le siège de cet hydrocéphale est nouveau, et sans doute très-rare.

(2) Un auteur recommandable, dans un ouvrage publié dernièrement, insiste fortement sur l'existence d'une communication immédiate établie entre les deux ventricules latéraux du cerveau ; il est très-étonné de voir cette communication contestée par plusieurs Anatomistes de Londres. Sans entrer dans cette discussion, qui me parait peu importante, je dirai succinctement mon avis sur la disposi-

cause facilite le passage de la sérosité dans le troisième ventricule, et de là dans le quatrième. La sérosité est d'une couleur plus nette et plus limpide que celle que l'on rencontre dans les hydropisies du thorax et de l'abdomen : cependant elle paraît être de la même nature que celle que l'on trouve épanchée dans ces deux grandes cavités : quelques expériences m'ont prouvé qu'elle se coagulait en partie quand on la met en contact avec les acides ordinaires, comme la sérosité qui constitue l'hydrothorax et l'ascite, ou comme le sérum du sang; mais la quantité de matière coagulable varie beaucoup; tantôt

---

tion apparente de ces parties. La voûte est appuyée par son extrémité antérieure, sur la couche des nerfs optiques; de chaque côté de cette voûte, on voit une scissure qui se dirige obliquement des ventricules latéraux à l'extrémité antérieure du troisième ventricule. Tant que la voûte conserve sa situation naturelle, il ne paraît point exister de communication immédiate entre les ventricules latéraux; mais quand cette voûte est soulevée, ce que l'on conçoit aisément, alors les ventricules communiquent entre eux d'une manière d'autant plus remarquable que la voûte est plus élevée. On peut ajouter que les ventricules latéraux communiquent toujours entre eux au moyen du troisième ventricule. On ne peut pas néanmoins regarder cette communication comme immédiate, à moins qu'on n'établisse comme telle la communication de deux cavités par le moyen d'une troisième.

il n'en existe qu'une petite proportion, tantôt on n'en voit nulle trace.

Quand la sérosité accumulée dans les ventricules est très-considérable, la substance cérébrale, sur-tout sur les côtés et à la surface supérieure, est si mince, qu'elle ressemble à une espèce de sac pulpeux distendu par un fluide; les dimensions de la tête sont très-augmentées; sa forme est altérée; le crâne est hors de proportion avec la face; des prolongemens très-étendus partent des centres d'ossification du frontal, des pariétaux et de l'occipital; les espaces membraneux placés entre plusieurs de ces os sont très-larges; le cuir chevelu enlevé laisse à nu les os qui sont très-minces; souvent ils ne sont pas plus épais qu'un scheling, et plusieurs points membraneux se remarquent sur leur surface. Ce dernier phénomène résulte de ce que plusieurs points d'ossification s'établissent pour faire marcher cette même ossification plus rapidement; néanmoins sa marche est entravée par la promptitude avec laquelle la sérosité s'accumule. Ce phénomène annonce encore que l'hydrocéphale a existé long-temps, et quelfois même plusieurs années (1).

---

(1) Il est rare que les sujets qui naissent avec l'affection connue sous le nom d'hydrocéphale, résistent long-temps.

Sérosité épanchée sur la surface du Cerveau et entre ses membranes.

Quelquefois de la sérosité épanchée sous la

Quand cette disposition est très-prononcée, ils périssent le plus souvent au moment de la naissance. Les efforts établis par la matrice pour terminer l'accouchement, déchirent le cuir chevelu qui, dans ce cas, est mollasse et facile à rompre. Une grande quantité de sérosité s'échappe par la vulve, et l'enfant vient au monde *acéphale*. J'ai observé ce phénomène au mois de mai 1805; quelquefois cette disposition paraît se borner à un seul point du crâne, et l'on aperçoit dans une de ses régions supérieures ou latérales, une tumeur mollasse rougeâtre, brillante, et par sa surface et par le reflet du liquide contenu dans sa cavité. Cette tumeur augmente de jour en jour, et un mois après la naissance, souvent même plutôt, cette espèce de poche se rompt, et l'enfant succombe presqu'à l'instant même. J'ai une seule fois rencontré ce phénomène. La tumeur était placée dans le voisinage de la suture *pariéto-coronale* du côté gauche; elle présentait une très-grande analogie avec cette tumeur qu'on rencontre à la région postérieure, et presque toujours inférieure, de la colonne vertébrale, dans la maladie que les auteurs ont appelée du nom de *spina bifida*. Cette dernière affection est beaucoup plus fréquente que la précédente, et comme elle, presque toujours très-promptement mortelle.

L'hydrocéphale s'annonce quelquefois après la naissance,

pie-mère est en contact avec le cerveau, mais sa quantité est rarement considérable; celle que contiennent les ventricules est beaucoup plus abondante que dans l'état naturel.

On trouve aussi quelquefois de la sérosité en petite quantité entre la dure-mère et la pie-mère.

Quelques auteurs disent avoir vu ce liquide entre la dure-mère et le crâne (1). La nature des adhérences qui unissent cette membrane au crâne ne laisse guères la possibilité de croire à un pareil épanchement, qui doit au moins être regardé comme extrêmement rare.

---

mais le plus grand nombre des sujets succombent avant la puberté. Il existe néanmoins des exceptions. On peut voir en ce moment dans les salles de la Clinique de perfectionnement de l'Ecole de Médecine, un sujet âgé de seize à vingt ans, dont le crâne offre un développement au moins double de son volume ordinaire. Le jeune homme qui est atteint depuis sa plus tendre enfance, de cette déplorable affection, est d'une taille petite : ses extrémités inférieures sont grêles et paralysées; ses facultés intellectuelles nulles. Sa santé paraît d'ailleurs assez bonne; il a même de l'embonpoint.

(*Note du Traducteur.*)

(1) Voyez *Lieutaud*, tome II, pages 229 et 230.

Sang épanché ou extravasé.

On trouve souvent un épanchement sanguin dans la cavité du crâne ; tantôt la rupture de quelques vaisseaux a favorisé cet épanchement, soit dans la substance du cerveau, soit dans les ventricules ; tantôt cet épanchement occupe la surface du cerveau ou de quelques-unes de ses membranes : ce phénomène est plus particulièrement produit par une cause externe.

L'épanchement sanguin dû au déchirement des vaisseaux est souvent très-considérable ; ce liquide est ordinairement coagulé, et la pression qu'il exerce altère quelquefois d'une manière remarquable la pulpe cérébrale avec laquelle il est en contact ; l'épanchement sanguin ne s'observe pas également dans tous les points de la substance cérébrale ; quand un épanchement de cette nature n'est pas le produit d'une cause externe, il occupe presque constamment la portion médullaire de l'un des hémisphères, et souvent il est placé si près des ventricules latéraux, qu'une certaine quantité de sang pénètre dans leurs cavités. Le docteur *Jean Hunter* a remarqué que la portion du cerveau en contact avec l'épanchement était très-molle.

Quand l'épanchement sanguin dans la cavité du crâne est le résultat d'une cause externe,

les vaisseaux conservent ordinairement leur intégrité, si vous en exceptez toutefois le déchirement produit par la percussion; mais quand cet épanchement n'est pas dû à une cause externe, tout le systême vasculaire du cerveau est plus ou moins altéré. En examinant le cerveau des vieillards, on trouve souvent les troncs de la carotide interne situés sur les côtés de la selle turcique dans un état pathologique qui s'étend jusqu'aux plus petites ramifications de ces artères. Le tissu des parois artérielles, composé alors en partie d'une matière terreuse ou osseuse, a perdu la faculté de ses mouvemens de systole et de diastole ainsi que sa solidité: l'artère basilaire et ses branches présentent à-peu-près la même altération.

Dans cet état pathologique, les vaisseaux du cerveau sont plus exposés au déchirement que dans l'état de santé.

Ce déchirement est produit, tantôt par l'abondance du sang, tantôt par la circulation, devenue plus active et plus énergique. Si le tissu des artères carotides et basilaires n'offrait point l'altération dont je viens de parler, il est probable que les épanchemens sanguins, sans causes externes, seraient beaucoup plus rares.

Cavités du Cerveau contenant de la sérosité.

La substance cérébrale offre quelquefois des cavités qui contiennent de la sérosité. Ces cavités occupent presque toujours les portions médullaires des hémisphères, et les contours de ces cavités sont assez denses et assez polis pour offrir un aspect membraniforme ; ces cavités paraissent dues à un épanchement sanguin, déterminé par une apoplexie antécédente aux effets de laquelle le malade a résisté pendant plusieurs mois, et même pendant plusieurs années. L'épanchement sanguin a, dans cette supposition, été absorbé ; mais la cavité qu'il s'était pratiqué a conservé ses dimensions, et s'est remplie d'un fluide séreux (1).

---

(1) J'ai eu l'occasion de voir ce phénomène chez un sujet qui, ayant résisté à plusieurs attaques d'apoplexie, finit par succomber à une dernière attaque. Le docteur *Jean Hunter* l'a observé souvent. Le docteur *Wilson*, professeur d'anatomie, dont le talent est si connu, a rencontré un cas dans lequel la cavité présentait des dimensions considérables.

Anévrisme des Artères carotides internes placées sur les côtés de la Selle turcique.

Chez les vieillards, les artères carotides internes, ainsi que leurs ramifications, s'ossifient aisément; néanmoins on les voit rarement offrir un développement anévrismal comme les autres branches du système artériel. J'ai vu une seule fois les deux artères carotides internes placées sur les côtés de la selle turcique, présenter une petite tumeur anévrismale (1); l'une de ces tumeurs était grosse comme une cerise, l'autre était plus petite. Je crois devoir remarquer ici que dans les deux cas d'anévrismes que j'ai observés dans les artères de la tête et du cerveau, cet état pathologique occupait le même siège dans les deux artères, et s'était développé en même-temps. J'ai vu une fois les artères carotides frappées d'anévrisme à l'origine des carotides internes, et dans le cas que je viens de décrire, les deux carotides internes présentaient sur les côtés de la selle turcique un développement anévrismal.

---

(1) Je dois la connaissance de ce phénomène au docteur *Blanc*.

Phénomènes pathologiques du Plexus choroïde ; petits sacs observés dans ce Plexus.

Le phénomène pathologique le plus fréquemment offert par le plexus choroïde, est un petit sac arrondi, adhérent à ce plexus, et qui a reçu le nom d'hydatide. Les enveloppes de ces tumeurs sont ordinairement plus transparentes que celles des hydatides ; le plus souvent leur grosseur égale celle d'un pois de jardin ; quelquefois leur développement égale celui d'une groseille. L'examen que j'ai fait de plusieurs de ces tumeurs me porte à croire qu'elles ont dues au développement des veines qui rampent sur les côtés du plexus choroïde ; je suis parvenu à les distendre avec de l'air, en pratiquant une ouverture à ces veines, et en poussant dans leur cavité de l'air à l'aide d'un chalumeau.

Tumeurs arrondies adhérentes au Plexus choroïde.

On voit rarement des petites tumeurs arrondies adhérer au plexus choroïde : elles paraissent être de la même nature que celles qu'on trouve dans la substance cérébrale : je les crois scrophuleuses.

Phénomènes pathologiques de la Glande pinéale ; matière terreuse dans cette Glande.

On trouve presque toujours dans la glande pinéale une substance terreuse qui souvent existe en petite quantité ; quelquefois cependant cette substance est très-abondante ; les molécules terreuses adhèrent si peu entre elles, qu'en les comprimant entre les doigts, on les sépare aisément. L'existence d'une petite quantité de terre dans la glande pinéale est si fréquente, qu'elle ne doit pas être regardée comme un état pathologique ; j'ai néanmoins trouvé des glandes pinéales qui n'offraient aucun vestige de cette substance.

Glande pinéale squirrheuse.

Quelques auteurs parlent du squirrhe de la glande pinéale. J'ai vu quelquefois cette glande plus ferme que de coutume, mais je n'ai jamais trouvé cette altération de tissu à laquelle on peut donner le nom de squirrhe : je crois ce phénomène extrêmement rare.

Sérosité dans la Glande pinéale.

La glande pinéale a été quelquefois distendue par une sérosité limpide, mais ce phénomène s'observe aussi très-rarement (1).

---

(1) Voyez *Morgagni*, épit. LXII, art. 15.

Phénomènes pathologiques de la Glande pituitaire.

La glande pituitaire est très-rarement malade; une seule fois j'ai rencontré l'état pathologique de cette glande qui offrait, et un volume double de celui qu'elle a ordinairement, et une substance dont le tissu paraissait fibreux.

Phénomènes pathologiques des Nerfs.

Les nerfs contenus dans la cavité du crâne sont rarement malades; néanmoins j'en ai vu un qui était beaucoup plus petit que de coutume; son tissu était plus mou, et sa couleur était moins opaque. J'ai observé ce phénomène sur le nerf optique d'un sujet qui avait été borgne (1).

Les nerfs doivent la variété infinie de leur volume plutôt à leur conformation primitive qu'à un état pathologique.

---

(1) J'ai vu une fois une tumeur considérable formée aux dépens d'un nerf. Son tissu était solide; sa couleur d'un blanc jaunâtre, et son volume égalait celui d'un œuf d'oie. Le nerf paraissait se perdre dans la tumeur qui, dans un de ses points, offrait d'une manière très-distincte la structure fibreuse qui appartient aux nerfs. Cette tumeur, qui était formée aux dépens d'un des nerfs axillaires, fut extirpée par M. *Home*, à l'hôpital Saint-Georges.

Vices de conformation du Cerveau.

Tels sont les principaux phénomènes pathologiques observés dans le cerveau et ses dépendances. Je dois dire de plus que le cerveau présente un grand nombre de vices de conformation ; quelquefois le cerveau manque presqu'en entier, tandis que le cervelet et la moëlle épinière existent : quelquefois on n'aperçoit pas trace de cerveau ni de cervelet, et la moëlle épinière est loin de présenter son volume ordinaire ; enfin on n'a trouvé ni cerveau ni moëlle épinière, et dans ce cas, on serait disposé à croire qu'il n'existe pas de nerfs, et pourtant on voit ces organes se distribuer comme de coutume aux membres ; on voit les nerfs dorsaux partir d'une membrane qui offre de l'analogie avec la dure-mère, et qui est située dans le canal vertébral. Quand le cerveau manque entièrement, la moëlle de l'épine existe quelquefois, mais elle est beaucoup plus petite que de coutume. Le crâne qui ne contient pas de cerveau est presque de niveau avec les yeux ; souvent on voit une excroissance spongieuse implantée sur le péricrâne. Cette tumeur, ordinairement divisée en plusieurs masses distinctes, est recouverte par une peau fine dont les vaisseaux peuvent être distendus par une injection soignée.

Cette excroissance incisée présente des cellules assez larges contenant une matière grumeleuse.

Quelquefois cette excroissance est remplacée par un sac formé par les tégumens du crâne, et qui se porte plus ou moins en arrière sur le tronc. Ce sac présente ordinairement une membrane très-mince et facile à déchirer; d'autrefois cette membrane est très-épaisse et très-solide. Ce sac communique souvent avec le crâne par une ouverture très-large; quelquefois cette communication est très-petite. Ce sac contient ordinairement de la sérosité; quelquefois il renferme une portion du cerveau.

Symptômes.

L'inflammation de la dure-mère n'offre point de symptômes qui lui appartiennent exclusivement; ces symptômes sont les mêmes que ceux qui accompagnent l'inflammation des autres membranes, et diffèrent très-peu des symptômes de l'inflammation du cerveau. Ils sont caractérisés par la douleur de tête, le délire, la fièvre symptômatique, et quelquefois par des mouvemens convulsifs.

Les tumeurs implantées sur la dure-mère ou sur les autres membranes du cerveau, ont déterminé une douleur permanente de la tête,

quelquefois du délire, des convulsions, et les symptômes ordinaires de l'apoplexie.

Les ossifications irrégulières et pointues de la dure-mère, produisent ordinairement des mouvemens convulsifs de toutes les parties du corps; souvent une douleur habituelle de la tête, et quelquefois du délire.

La distension des veines de la pie-mère occasionne très-souvent la stupeur, quelquefois le délire, et même les symptômes de l'apoplexie.

Les symptômes de l'inflammation de la pie-mère sont les mêmes que ceux de la dure-mère, que j'ai déja décrits.

L'inflammation de la substance cérébrale est accompagnée de douleurs de tête, de délire, de fièvre symptomatique, et quelquefois de coma (1).

---

(1) L'inflammation aiguë du cerveau est rare; son inflammation chronique et partielle s'observe assez souvent. Elle s'annonce par des douleurs fixes et opiniâtres situées dans un des points du cerveau ou du cervelet. Ces douleurs qui offrent de temps en temps des rémissions, sont quelquefois accompagnées de mouvemens convulsifs. Tantôt à ces douleurs succède la perte de la vue, ou de l'ouïe, ou de l'odorat : plus fréquemment après avoir souffert longtemps, le malade tombe dans une espèce de *collapsus* qui le conduit à la mort. A l'autopsie, on trouve un foyer purulent contenu, tantôt dans le centre d'un tubercule

Dans l'abcès du cerveau, on observe de la céphalalgie, du délire, du coma; quelquefois une hémiplégie, souvent des convulsions. Ce dernier symptôme paraît appartenir sur-tout à l'abcès formé dans la protubérance annulaire, ou dans la moëlle alongée, ou dans le voisinage de ces deux portions importantes de l'organe encéphalique, qui se trouveraient, dans ce cas, comprimées par la suppuration.

Chez les maniaques on a quelquefois trouvé le cerveau plus ferme et plus élastique que dans son état naturel : j'ai néanmoins appris dernièrement que ce phénomène n'appartient pas au cerveau de tous les maniaques, et l'autorité que j'invoque ici est irrécusable. Chez la plupart de ces sujets, le cerveau ne présente générale-

---

plus ou moins développé; tantôt la suppuration est renfermée dans une espèce de kyste dont les enveloppes sont assez denses. J'ai depuis quatre ans eu plusieurs fois l'occasion d'observer de pareils phénomènes : ces foyers purulens avaient quelquefois leur siège dans le cerveau, et d'autres fois dans le cervelet. Chez presque tous les sujets, ces accidens reconnaissaient pour cause une percussion anciennement établie sur une des régions du crâne. Il arrive aussi très-fréquemment que ces percussions produisent plus ou moins longuement une aliénation mentale la plupart du temps au-dessus des moyens de l'art.

(*Note du Traducteur.*)

ment ni plus de fermeté, ni plus de solidité que chez ceux qui n'ont jamais été atteints d'aliénation mentale.

Le développement de tumeurs dures et enkystées dans le cerveau, produit une douleur de tête ordinairement très-violente, quelquefois du délire, des convulsions, et les symptômes de l'apoplexie. Il est essentiel de remarquer ici que lorsque ces tumeurs, de quelque nature que vous les supposiez, compriment les couches des nerfs optiques ou les nerfs optiques eux-mêmes, la vision est troublée de différentes manières (1). Si, au contraire, ces tumeurs compriment la protubérance annulaire ou la moëlle alongée, elles produiront des convulsions.

Un sujet dont les ventricules gauches présentaient une réunion d'hydatides, avait été longtemps tourmenté par une douleur de tête souvent violente. Quand la maladie se termina, ce même sujet éprouva plusieurs mouvemens con-

---

(1) J'ai vu un cas dans lequel le point d'union des nerfs optiques était comprimé par une tumeur aussi grosse qu'une groseille, et pourtant les pupilles n'étaient pas dilatées ; la vision ne fut lésée qu'un ou deux jours avant la mort du sujet, qui ne s'était plaint que d'une douleur intense à la partie antérieure de la tête.

vulsifs pendant lesquels il succomba. La vision et l'audition n'avaient pas été troublées.

Les symptômes de l'hydrocéphale sont une douleur de tête, de la stupeur, des mouvemens convulsifs : le sujet se frotte le nez; il grince des dents pendant le sommeil; quelquefois rougeur de la face, mouvemens automatiques de la tête placée sur l'oreiller pendant le sommeil; quelquefois aussi soupirs. Vers la fin de la maladie, dilatation des pupilles et strabisme. L'estomac éprouve ordinairement du mal-aise; les intestins sont peu sensibles à l'action des purgatifs. Au commencement de cette maladie, le pouls est fréquent, mais régulier. Quand cette affection fait des progrès, le pouls est lent et irrégulier. Dans la dernière période de cet état pathologique, le pouls redevient plus régulier et plus fréquent. Quand cette maladie fait des progrès lents, le sujet résiste pendant plusieurs mois, et même pendant plusieurs années. Cette affection se termine souvent sans que les fonctions cérébrales soient aussi troublées qu'on aurait pu le craindre.

L'épanchement sanguin sur les membranes du cerveau plonge le malade dans un état comateux proportionné au degré de la collection ou à la sensibilité du sujet, à la compression exercée sur l'organe encéphalique. De nombreuses ob-

servations prouvent que les fonctions cérébrales peuvent être diversement altérées par la même cause.

L'épanchement sanguin dans la substance du cerveau, produit l'apoplexie que vous reconnaîtrez aux symptômes suivans : coma, respiration stertoreuse ; paralysie ordinairement de la moitié du corps, et souvent mouvemens convulsifs. Le pouls est lent, plein, et généralement très-fort. Quand le malade survit à cet accident, l'hemiplégie, qui en est le résultat presque constant, occupe le côté du corps opposé au siège de l'épanchement dans le cerveau. Ce phénomène paraît prouver que le côté droit du corps doit sa sensibilité au côté gauche du cerveau, et *vice versâ*. Néanmoins dans un très-petit nombre de cas, l'hémiplégie s'est manifestée du côté occupé par l'épanchement (1) (2).

---

(1) Le docteur *Jean Hunter* a disséqué avec le plus grand soin un assez grand nombre de cadavres d'apoplectiques. Ses travaux ont été le sujet des lectures gulstoniennes qu'il a faites en 1796, devant les médecins assemblés. Ces lectures m'ont fourni le moyen d'expliquer, d'une manière satisfaisante, les différens phénomènes qui accompagnent cette maladie.

(2) Il serait difficile de deviner le motif qui a empêché *Baillie* de parler, dans ce chapitre, de la commotion cé-

rébrale, une des affections les plus fréquentes de l'organe encéphalique, et qui n'est que trop souvent funeste. Ce phénomène, qui mérite sous ce double rapport l'attention du chirurgien, est produit par une cause externe qui, soit directement, soit indirectement, imprime une secousse plus ou moins violente à la masse cérébrale. Le plus souvent néanmoins cette cause agit directement sur les parois du crâne, et peut déterminer en raison de son énergie plusieurs degrés de commotion. Dans le premier degré, le malade perd connaissance un moment, pour récupérer bientôt la plénitude de ses fonctions intellectuelles. Dans le deuxième degré, le malade est privé de sentiment et de mouvement; il est plongé dans un état comateux; il conserve l'état de supination dans le *decubitus*. Le pouls est ordinairement petit et concentré, la respiration très-pénible; les évacuations des matières stercorales et urineuses sont presque nulles; la déglutition, très-difficile, est souvent impossible. Si le malade exécute quelques mouvemens des membres, ce n'est que d'une manière automatique. Du 5.e au 6.e jour, et quelquefois plutôt, il commence à répondre aux questions qu'on lui adresse; son état s'améliore, et la convalescence s'établit. Quelquefois elle est complète; d'autrefois elle est accompagnée d'un point douloureux qui, quoique fixé en apparence dans une des régions du cerveau ou du cervelet, laisse cependant au malade des intervalles assez longs de tranquillité. On voit aussi ce second degré de commotion, suivi de temps en temps du désordre des idées du malade. On le voit quelquefois produire consécutivement l'épilepsie, ou même la manie.

Le troisième degré de commotion cérébrale jette le blessé dans un affaissement général tel, qu'il succombe à l'ins-

tant de la percussion, ou quelques heures et même quelques jours après. A l'autopsie, le cerveau et le cervelet n'offrent quelquefois aucune particularité. Rarement on trouve les membranes enflammées ; plus fréquemment on rencontre un épanchement sanguin dans un des points de la masse cérébrale.

Au mois d'avril 1815, un homme de la campagne, âgé de quarante ans environ, qui vendait des légumes dans Paris, reçut sur la région moyenne et postérieure de la tête, une portion de cheminée qu'on démolissait. Ce blessé, apporté à la Maison de santé, dix heures après son accident, présentait les signes les plus évidens et les plus intenses d'une commotion cérébrale. Il succomba vingt heures après son entrée à ladite Maison, c'est-à-dire, trente heures après sa blessure.

A l'autopsie, il fut facile de voir les tégumens de la partie moyenne et postérieure du crâne, infiltrés par une quantité considérable de sang noir. Les os du crâne avaient resisté à la percussion. Après avoir enlevé cette voûte osseuse, les membranes incisées laissèrent à découvert le cerveau et le cervelet, qui présentant leur couleur, leur forme et leur densité accoutumées, paraissaient conserver encore un état parfait d'intégrité.

(*Note du Traducteur.*)

FIN.

TABLE
DES MATIÈRES.

EPITRE DÉDICATOIRE. *Page v*
Préface du Traducteur. *ix*
Préface de la première édition. *xvij*
Préface de la seconde édition. *xxiv*
Avertissement de la troisième édition. *xxviij*
Explication des planches. *xxix*

CHAPITRE PREMIER.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DU PÉRICARDE.

Inflammation du Péricarde. 1
Adhérences du Péricarde au cœur. 7
Hydropisie du Péricarde. 8
Tumeurs scrophuleuses dans le Péricarde. 9
Péricarde presque sec. 10
Péricarde cartilagineux et osseux. 11
Péricarde manquant. *Ibid.*
Symptômes. 12

CHAPITRE II.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DU COEUR.

Inflammation du Cœur. 15
Tache blanche sur la surface du Cœur. 16
Polype. 17

Anévrisme du Cœur. 20
Anévrisme de la crosse de l'aorte. 21
Ossification des Artères coronaires du Cœur. 26
Ossification des Valvules semi-lunaires. *Ib.*
Valvules semi-lunaires épaisses et opaques. *Ib.*
Rupture des valvules. 27
Valvules situées entre les oreillettes et les Ventricules ossifiées. *Ib.*
Les mêmes Valvules épaisses et opaques. *Ib.*
Rupture du Cœur. 28
Sang contenu dans le Péricarde sans rupture du Cœur. 29
Vice de conformation du cœur. 30
Cœur élargi. 34
Hydatides adhérentes au Cœur. *Ib.*
Portion du Cœur convertie en une substance osseuse ou terreuse. 35
Symptômes. *Ib.*

CHAPITRE III.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DE LA CAVITÉ DU THORAX.

Inflammation. 40
Adhérences dans la cavité du Thorax. 42
Empyème. 43
Hydrothorax. 45
Plèvre presque desséchée. 46
Ossification de la Plèvre. 47
Symptômes. 48

CHAPITRE IV.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DES POUMONS.

Inflammation. 52
Abcès. 54
Tubercules. 56
Tubercule mou et pulpeux. 59
Sérosité accumulée dans la substance du Poumon. *Ib.*
Poumons distendus par l'air. 60
Cellules aériennes des Poumons très-élargies. 61
Vésicules aériennes fixées sur le bord du Poumon. *Ib.*
Poumons hépatisés. 62
Poumons ossifiés. 63
Tumeur solide comprimant les Poumons. 64
Concrétions terreuses dans les Poumons. *Ib.*
Hydatides. *Ib.*
Symptômes. 65

CHAPITRE V.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DE LA GLANDE THYROÏDE, DU LARYNX, ET DES PARTIES CONTENUES DANS LE MÉDIASTIN POSTÉRIEUR.

Inflammation de la Glande thyroïde. 68
Bronchocèle ou Goître. 69
Squirrhe de la Glande thyroïde. 71
Glande thyroïde ossifiée. 72
Larynx. Cartilages du Larynx ossifiés. 73
Ulcères dans la cavité du Larynx. 74

Phénomènes pathologiques des Organes contenus dans le Médiastin postérieur. 74
Phénomènes pathologiques de la Trachée. 75
Aspect de la Trachée dans le Croup. 76
Polype. *Ib.*
Trachée squirrheuse. 78
Anneaux de la Trachée ossifiés. 79
Ulcères de la Trachée. *Ib.*
Phénomènes pathologiques de l'OEsophage. 80
Resserrement spasmodique de l'OEsophage. *Ib.*
Resserrement produit par les replis de la membrane interne de l'OEsophage. 81
Resserrement accompagné d'ulcère. 82
OEsophage cartilagineux. 84
Fongus du Pharynx. *Ib.*
Tumeur scrophuleuse du Pharynx. *Ib.*
Poche formée à la partie inférieure du Pharynx. 85
Aorte descendante. 86
Veine azygos variqueuse. 87
Veine azygos rompue. *Ib.*
Canal thorachique variqueux. *Ib.*
Canal thorachique oblitéré. 88
Canal thorachique rompu. 89
Glandes lymphatiques atteintes de scrophules. *Ib.*
Glandes lymphatiques devenues squirrheuses. *Ib.*
Glandes lymphatiques ossifiées. 90
Médiastin antérieur. *Ib.*
Phénomènes pathologiques du Thymus. 91
Symptômes. 92

CHAPITRE VI.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DE LA CAVITÉ ABDOMINALE.

Ascite. 99
Inflammation du Péritoine. 101
Adhérences dans la cavité de l'Abdomen. 104
Masses scrophuleuses adhérentes au Péritoine. 106
Tumeurs cancéreuses adhérentes au Péritoine. 107
Excroissances cartilagineuses implantées sur le Péritoine. *Ib.*
Tumeurs stéatomateuses adhérentes au Péritoine. 108
Hydatides dans l'Abdomen. *Ib.*
Air contenu dans la Cavité abdominale. 109
Symptômes. 110

CHAPITRE VII.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DE L'ESTOMAC.

Inflammation. 113
Phénomènes de l'Hydrophobie. 115
Ulcères de l'Estomac. 116
Squirrhe et cancer de l'Esomac. 117
Tumeurs squirrheuses circonscrites de l'Estomac. 119
Poche formée dans l'Estomac. 120
Constriction du Pylore. *Ib.*
Estomac très-contracté ou très-élargi. 121
Estomac distendu par l'air. 122
Portion de l'Estomac détruite par le suc gastrique. 123

Tumeurs graisseuses dans l'Estomac. 124
Calculs dans l'Estomac. *Ib.*
Papilles morbifiques observées dans l'Estomac. 125
Pustules varioliques dans l'Estomac. *Ib.*
Symptômes. *Ib.*

CHAPITRE VIII.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DES INTESTINS.

Inflammation. 128
Intus-susception. 133
Hernies. 135
Hernie congénitale. 140
Squirrhe et Cancer des Intestins. 142
Changemens pathologiques des Intestins dans la Dyssenterie. 144
Replis épaissis de la membrane interne des gros Intestins. 145
Hémorroïdes. *Ib.*
Fistules à l'anus. 147
Rectum terminé en cul-de-sac. 148
Rectum terminé dans la Vessie. 149
Vers. *Ib.*
Lombricus teres, Ver lombric. 150
Tænia, ou Ver solitaire. 152
Tænia solium. 153
Tænia lata. 155
Ascaride. 156
Trichuris, Trichure ou Trichocéphale. *Ib.*

Air accumulé dans les Intestins. 157
Matière osseuse formée dans les Intestins. 159
Anneau saillant formé dans la cavité du Jéjunum. 159
Calculs dans les Intestins. 160
Pustules varioliques dans les Intestins. *Ib.*
Phénomènes pathologiques du Mésentère. Mésentère enflammé. 161
Glandes du Mésentère scrophuleuses. 162
Glandes Mésentériques cancéreuses. *Ib.*
Glandes du Mésentère converties en une matière terreuse ou osseuse. 163
Symptômes. *Ib.*

CHAPITRE IX.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DU FOIE.

Inflammation de la Membrane du Foie. 171
Adhérences. 172
Enveloppes du Foie cartilagineuses. 174
Inflammation du Parenchyme du Foie. *Ib.*
Tubercule commun du Foie. 176
Larges Tubercules blancs du Foie. 178
Tubercules mous et bruns du Foie. 179
Tubercules scrophuleux du Foie. 180
Foie flasque parsemé de tumeurs rouges. *Ib.*
Parenchyme du Foie très-mou. 181
Parenchyme du Foie très-dur. *Ib.*
Hydatides. 182
Kyste du Foie contenant une matière terreuse. 186
Déchirement du Foie. *Ib.*

Vers trouvés dans le Foie. 188
Symptômes. *Ib.*

CHAPITRE X.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DE LA VÉSICULE DU FIEL.

Inflammation de ses enveloppes. 193
Adhérences. 194
Ulcères de la Vésicule du fiel. *Ib.*
Enveloppes de la Vésicule du fiel épaissies et contenant des Tubercules durs. 195
Enveloppes de la Vésicule ossifiées. *Ib.*
Etat pathologique des Conduits biliaires; leur dilatation. *Ib.*
Oblitération des conduits biliaires. 196
Canal contre-nature communiquant de la Vésicule du fiel avec l'estomac. 197
Concrétions biliaires. *Ib.*
Bile. 204
Vésicule distendue par la Bile. 205
Hydatides de la Vésicule. 206
Vésicule manquant. *Ib.*
Symptômes. *Ib.*

CHAPITRE XI.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DE LA RATE.

Inflammation des Membranes de la Rate. 208
Adhérences. 209
Inflammation du Parenchyme de la Rate. *Ib.*

Rate extrêmement molle. 210
Rate très-dure. *Ib.*
Tubercules de la Rate. 211
Enveloppes de la Rate cartilagineuses. *Ib.*
Rate très-volumiueuse. 213
Hydatides de la Rate. *Ib.*
Concrétions pierreuses de la Rate. *Ib.*
Plusieurs petites Rates. 214
Rate n'existant pas. *Ib.*
Symptômes. 215

CHAPITRE XII.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DU PANCRÉAS.

Abcès du Pancréas. 217
Pancréas endurci. *Ib.*
Calculs du Pancréas. 218
Pancréas n'existant pas. 219
Symptômes. *Ib.*

CHAPITRE XIII.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DES REINS ET DES CAPSULES RÉNALES.

Enveloppes des Reins enflammés. 221
Abcès des Reins. 222
Tubercules scrophuleux des Reins. 223
Rein squirrheux. *Ib.*
Etat du Rein dans le Diabétès. 224
Reins devenus mous. 225
Hydatides des Reins. *Ib.*

Calculs des Reins. 228
Rein converti en une substance terreuse et osseuse. *Ib.*
Variétés congénitales originelles des Reins. 231
Phénomènes pathologiques des Capsules rénales. 232
Abcès des Capsules rénales. 233
Capsules rénales scrophuleuses. *Ib.*
Symptômes. 234

CHAPITRE XIV.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DE LA VESSIE.

Inflammation de son Enveloppe péritonéale. 236
Inflammation de la Membrane interne de la Vessie. 237
Ulcères. 238
Squirrhe et Cancer. 240
Excroissances fongueuses. *Ib.*
Polype de la Vessie. 241
Kystes communiquant avec la Vessie. 242
Membrane musculeuse épaissie. 243
Vessie partagée en deux cavités. 245
Calculs. 247
Vessie distendue. 256
Vessie contractée. 257
Partie antérieure de la Vessie n'existant pas. *Ib.*
Communication entre le Rectum et la Vessie par vice de conformation. 258
Hernie de la Vessie. 259
Symptômes. *Ib.*

CHAPITRE XV.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DES VÉSICULES SÉMINALES.

Vésicules séminales enflammées. 265
Vésicules séminales scrophuleuses. 266
Canaux des Vésicules séminales terminés en cul-de-sac. *Ib.*
Vésicules séminales très-petites. *Ib.*
L'une des Vésicules n'existant pas. 267
Vésicules séminales squirrheuses. *Ib.*
Symptôms. 268

CHAPITRE XVI.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DE LA GLANDE PROSTATE.

Abcès de la Glande prostate. 268
Scrophule de la Glande prostate. 269
Squirrhe de la Glande prostate. *Ib.*
Calculs dans les Conduits de la Glande prostate. 271
Canaux de la Glande prostate devenus plus larges. *Ib.*
Glande prostate très-petite. 272
Symptômes. 273

CHAPITRE XVII.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DU CANAL DE L'URÈTRE.

Abcès. 275

Fistule urinaire. 276
Calcul occupant la portion membraneuse de l'Urètre. 277
Glandes de *Cowper* rarement malades. 278
Membrane interne de l'Urètre enflammée. *Ib.*
Ulcères de l'Urètre. 279
Retrécissement. 280
Caroncules. 281
Développement des Glandes muqueuses du Canal de l'Urètre. 282
Couche de matière terreuse dans l'Urètre. *Ib.*
Orifice contre-nature du Canal de l'Urètre. *Ib.*
Symptômes. 284

CHAPITRE XVIII.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DES TESTICULES ET DU CORDON DES VAISSEAUX SPERMATIQUES.

Hydrocèle. 285
Hydatides. 287
Cartilages flottans dans la Tunique vaginale du Testicule. *Ib.*
Adhérences. *Ib.*
Testicule enflammé. 288
Abcès du Testicule. 289
Testicules scrophuleux. *Ib.*
Testicule augmenté de volume et pulpeux. *Ib.*
Squirrhe et Cancer du Testicule. 290
Testicule cartilagineux. 291

Testicule ossifié. 292
Kyste adhérent à un Testicule qui contenait un *vena medinensis*. 293
L'épididyme se terminant en cul-de-sac. 295
Retrécissement du canal déférent. *Ib.*
Testicules très-petits ou détruits. 296
Phénomènes pathologiques du Cordon des vaisseaux spermatiques. 297
Varices des Veines du cordon des vaisseaux spermatiques. 298
Sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire du cordon des vaisseaux spermatiques. 299
Sérosité contenue dans un sac formé dans le développement du Cordon des vaisseaux spermatiques. 300
Symptômes. 301

CHAPITRE XIX.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DES ORGANES DE LA GÉNÉRATION DE LA FEMME.

Inflammation de l'Utérus. 303
Ulcère malin de l'Utérus. 305
Développement squirrheux de l'Utérus. 306
Tubercules de l'Utérus. 307
Polype. 308
Renversement de l'Utérus. 310
Chûte de l'Utérus. 311
Resserrement de la Cavité utérine. *Ib.*
Col de l'Utérus contracté et fermé. 312
Utérus ossifié. *Ib.*

Utérus converti en une substance terreuse. 313
Masse osseuse dans la Cavité utérine. *Ib.*
Pierres dans la Cavité de l'Utérus. *Ib.*
Fœtus mort dans la Cavité de l'Utérus, converti en une masse terreuse. 314
Hydropisie de la Matrice. *Ib.*
Hydatides de l'Utérus. 315
Rupture de l'Utérus. 316
Deux Utérus. 317
Variétés naturelles de l'Utérus. 318
Symptômes. *Ib.*

CHAPITRE XX.

PRÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DES OVAIRES.

Inflammation de l'Enveloppe péritonéale des Ovaires. 324
Inflammation de la substance des Ovaires. *Ib.*
Squirrhe des Ovaires. 325
Ovaires très-développés et convertis en une substance pulpeuse. *Ib.*
Ovaires scrophuleux. *Ib.*
Hydropisie des Ovaires. 326
Ovaires convertis en une substance graisseuse mêlée de cheveux et de dents. 328
Fœtus contenu dans un Ovaire. 331
Réduction du volume de l'Ovaire. 334
Sujets privés d'un ou de deux Ovaires. *Ib.*
Symptômes. *Ib.*

CHAPITRE XXI.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DES TROMPES DE *FALLOPE*.

Adhérences. 337
Hydropisie des Trompes de *Fallope*. *Ib.*
Trompes de *Fallope* terminées en un cul-de-sac. 338
OEuf dans une Trompe de *Fallope*. *Ib.*
Tumeur dure implantée sur la Trompe de *Fallope*. 340
Phénomènes pathologiques des ligamens ronds. *Ib.*
Symptômes. *Ib.*

CHAPITRE XXII.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DU VAGIN.

Inflammation du Vagin. 341
Adhérences des parois du Vagin. *Ib.*
Ulcères du Vagin. *Ib.*
Tumeur squirrheuse du Vagin. 342
Renversement du Vagin. *Ib.*
Vagin très-court. 345
Vagin très-dilaté. *Ib.*
Vagin très-étroit. *Ib.*
Symptômes. *Ib.*

CHAPITRE XXIII.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES ET VICES DE CONFORMATION DES PARTIES EXTERNES DE LA GÉNÉRATION.

Hymen imperforé. 348
Clitoris très-développé. *Ib.*
Nymphes très-développées. 350
Les grandes Lèvres unies entre elles. *Ib.*

CHAPITRE XXIV.

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DU CERVEAU ET DE SES MEMBRANES.

Inflammation de la Dure-Mère. 351
Tumeurs scrophuleuses adhérentes à la Dure-Mère. 353
Tumeurs spongieuses implantées sur la Dure-Mère. *Ib.*
Ossification de la Dure-Mère. 354
Dure-Mère adhérente fortement au Crâne. *Ib.*
Phénomène pathologique de l'Arachnoïde. 355
Phénomènes pathologiques de la Pie-mère ; Veines de cette Membrane gorgées de sang. 358
Pie-Mère enflammée. *bb.*
Tumeurs scrophuleuses implantées sur la Pie-Mère. 357
Air contenu dans les Vaisseaux de la Pie-mère. 358
Hydatides. *Ib.*
Ossification partielle de la Pie-Mère. *Ib.*

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DE LA SUBSTANCE DU CERVEAU.

Inflammation. 359
Abcès. *Ib.*
Gangrène. 360
Cerveau très-mou. *Ib.*
Cerveau très-ferme. 361
Substance blanche et ferme formée dans le Cerveau. 362
Tumeurs enkystées et hydatides. *Ib.*
Tumeurs osseuses comprimant le Cerveau. 363
Pointes osseuses irritant le Cerveau. 304
Hydrocéphale. 365
Sérosité épanchée sur la surface du Cerveau et entre ses Membranes. 358
Sang épanché on extravasé. 370
Cavités du Cerveau contenant de la sérosité. 372
Anévrisme des Artères carotides internes placées sur les côtés de la Selle turcique. 373
Phénomènes pathologiques du Plexus choroïde ; petits sacs observés dans ce Plexus. 374
Tumeurs arrondies adhérentes au Plexus choroïde. *Ib.*
Phénomènes pathologiques de la Glande pinéale ; matière terreuse dans cette Glande. 375
Glande pinéale squirrheuse. *Ib.*
Sérosité dans la Glande pinéale. *Ib.*
Phénomènes pathologiques de la Glande pituitaire. 376

Phénomènes pathologiques des Nerfs. 376
Vices de conformation du Cerveau. 377
Symptômes. 378

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.